

CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE
DE
L'OCCLUSION INTESTINALE
PAR ÉTRANGLEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CAMICHEL

Né le 13 Octobre 1868, à Montagnac (Hérault)



LYON

ALEXANDRE REY IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1893

CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE
DE
L'OCCLUSION INTESTINALE
PAR ÉTRANGLEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CAMICHEL

Né le 13 Octobre 1868, à Montagnac (Hérault)



LYON

ALEXANDRE REY IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEVIC.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TRIPIER, Président; M. GANGOLPHE, Assesseur; MM. DEVIC et POLLOSSON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR RAYMOND TRIPIER

A MES MAITRES
des Facultés de Lyon et de Montpellier

A MES MAITRES
de l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Diverses régions du corps, regardées par les anciens chirurgiens comme des *noli me tangere*, sont abordées, sans crainte, par ceux d'aujourd'hui. Les succès dus à la méthode antiseptique sont la cause de ce changement. Mais on est devenu trop audacieux. Autant, autrefois, on hésitait à pratiquer une laparatomie, tant le succès semblait douteux, autant, aujourd'hui, on est, en général, porté à intervenir, même pour une simple exploration de la cavité abdominale. Est-ce toujours bien légitime ? Nous nous permettons de faire des réserves sur ce point. Nous dirons pourquoi la laparatomie ne nous semble pas inoffensive, et, partant de là, nous chercherons à caractériser les cas d'occlusion intestinale relevant uniquement de cette intervention, c'est-à-dire les cas d'étranglement interne.

Nous n'avons pas la prétention d'indiquer un criterium

toujours applicable. Dans ce petit travail, dont l'idée première revient à M. le professeur agrégé Gangolphe, nous voulons seulement attirer l'attention sur un symptôme inconnu des auteurs, et qui paraît susceptible d'applications pratiques. Nous ne nous dissimulons pas ce que notre travail a d'incomplet, mais le but sera atteint, si nous avons indiqué une voie que d'autres exploreront d'une manière plus approfondie.

Un premier chapitre expose le tableau symptomatique classique de l'étranglement interne.

Un deuxième est consacré à l'étude du nouveau signe et à l'exposé des observations à l'appui.

Le dernier traite de la pathogénie.

Sur le point de quitter la Faculté de Lyon, nous tenons à acquitter notre dette de reconnaissance envers les maîtres qui dirigèrent nos premières études médicales, nous les remercions sincèrement. M. le professeur agrégé Gangolphe s'est acquis un droit tout particulier à notre reconnaissance, par le bienveillant accueil qu'il nous a fait, et les conseils qu'il n'a cessé de nous donner, malgré ses nombreuses occupations. M. le professeur Morat, qui a mis à notre disposition son laboratoire, M. le professeur Testut, qui nous a ouvert sa bibliothèque, voudront bien agréer, aussi nos remerciements.

Nous n'oublierons pas, non plus, nos premiers maîtres

de Montpellier, MM. Granel, Planchon, Imbert et Ville.

Que nos chefs militaires agréent le témoignage de notre gratitude, pour l'intérêt qu'il nous ont porté.

En acceptant la présidence de cette thèse, M. le professeur R. Tripier nous a fait un honneur que nous ressentons vivement.

CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR ÉTRANGLEMENT

CHAPITRE PREMIER

**Symptômes classiques de l'occlusion
par étranglement**

Diverses causes peuvent réduire le calibre de l'intestin et déterminer l'ensemble symptomatique désigné par les cliniciens sous le nom d'occlusion intestinale. Un vice de position, un corps étranger ou un amas stercoral qui occupe la lumière de l'intestin, une lésion organique de sa paroi qui l'obture plus ou moins, enfin, une compression, un étranglement par une cause extérieure peuvent intervenir dans la pathogénie. En présence de ces derniers cas, qui constituent l'étranglement interne proprement dit, un seul traitement est applicable, la laparotomie et la laparotomie hâtive.

Que va-t-il arriver ? Ici, comme dans une hernie apparente à l'extérieur, l'intestin est serré, le sphacèle certain, la mort inévitable, si le chirurgien n'intervient pas. De même que la kélotomie hâtive a supplanté le taxis et tous

les moyens médicaux jadis en usage, de même, aujourd'hui, le débridement de l'étranglement interne s'impose comme la seule pratique rationnelle. Bien plus, la guérison spontanée est impossible : l'anse est sectionnée, les matières fécales, au lieu de former un phlegmon stercoral, s'épanchent dans le péritoine, et une péritonite suraiguë a bientôt emporté le malade.

Si nous insistons sur la nécessité d'établir un diagnostic aussi précis que possible, c'est que la laparotomie ne nous paraît pas devoir être faite à la légère. Nul ne peut prétendre se mettre complètement à l'abri de l'infection, par son aseptie, car le péritoine est, de toutes les séreuses, celle qui s'imprègne le plus facilement des germes pathogènes. Les liquides antiseptiques, même, employés pour laver la cavité péritonéale, nuiraient à l'intégrité de la séreuse et en faciliteraient l'infection. Enfin, cette opération est, par elle-même, un traumatisme considérable imposé au patient.

Il serait donc désirable de posséder un signe propre à faire reconnaître les étranglements par brides, diverticules, orifices intra-abdominaux accidentels ou normaux. Par orifice accidentel, nous entendons toute déchirure dans l'épiploon, le mésentère, le ligament large, le diaphragme, capable d'étrangler une anse intestinale. En pénétrant dans une cavité préexistante, l'intestin donnera lieu à un étranglement par orifice normal. Comme exemples de ce fait; nous citerons la hernie dans l'hiatus de Winslow, étudiée par Blandin, Treitz, Jonnesco, la hernie antévésicale, dont on trouve une observation dans le mémoire du D^r Faucou sur les hernies intra-abdominales.

Quels sont, d'après les auteurs, les symptômes de

l'étranglement interne ? Sont-ils suffisants pour le caractériser ?

Douleur, constipation, vomissements, ballonnement du ventre, phénomènes généraux ayant un caractère dépressif avec troubles marqués des grandes fonctions et tendance à l'algidité, tel est, en deux mots, le tableau symptomatique classique. Chacun de ses éléments va être étudié et apprécié au point de vue du diagnostic de l'obstacle.

La *douleur* apparaît dès le début des accidents. Elle est en la première manifestation. Dans quelques cas, pourtant, il y a déjà eu des troubles digestifs mal définis, vomissements, coliques, alternatives de diarrhée et de constipation. Sous l'influence d'un effort violent, d'une chute, ou sans cause appréciable, le malade éprouve une douleur extrêmement vive, déchirante, parfois localisée en un point fixe, parfois s'irradiant dans tout l'abdomen. Certains malades disent avoir éprouvé la sensation d'une rupture, de quelque chose qui s'est déplacé dans le ventre.

La douleur fixe, à siège bien déterminé, s'accompagne souvent d'une chaleur locale très intense (Nélaton, Rieux). Continue avec des exacerbations, elle est exagérée par la pression. Elle traduit la souffrance de l'intestin, et a une grande valeur pour le diagnostic du siège de la lésion. Par elle se trouve marqué le point malade et la situation de ce point n'est pas toujours sans rapport avec la nature de la lésion, si l'on se range à l'avis de Cazin et de Bulteau.

« Le caractère le plus spécial de la douleur dans l'étranglement par diverticule est d'avoir son siège dans la région ombilicale ou dans la fosse iliaque droite ¹. »

¹ Cazin, Thèse de Paris, 1862.

« Un début brusque et une douleur fixe, dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cæcum indiquent un nœud diverticulaire ¹. »

Ce caractère disparaît assez vite, et tout l'abdomen ne tarde pas à devenir douloureux.

Quand la douleur se généralise d'emblée, elle se manifeste par des coliques. Ce sont des contractions convulsives, des spasmes de l'intestin; le plexus d'Anerbach et de Meissner irrités par l'étranglement réagissent par voie réflexe sur les muscles intestinaux. Dans quelques cas, rares, il est vrai, les coliques sont relativement peu prononcées, il y a plutôt sensation de gêne que douleur véritable. C'est le cas de la première observation citée par Rieux, dans sa thèse : il s'agit d'une malade qui succomba à une hernie de l'intestin grêle dans une cavité anormale située derrière le cæcum.

Le résultat des spasmes est l'expulsion des matières contenues dans l'intestin. Quelques selles se produisent, auxquelles succède une constipation opiniâtre; ce qui est en amont de l'obstacle s'échappe par les vomissements.

La *constipation* est d'abord peu marquée. Au début des accidents, le malade cherche à atténuer ses douleurs par des efforts pour aller à la selle. Les évacuations plus ou moins abondantes qui en résultent ne procurent aucun soulagement. A l'inverse des vomissements, plus l'obstacle siège haut, plus aussi la constipation est tardive, le bout inférieur ayant d'autant plus de matières à expulser. Celui-ci étant vidé, rien ne sort plus par l'anus, ni matières, ni gaz. Dans ces conditions, le tube intestinal

¹ Thèse de Bulteau, Paris, 1878.

se resserre au-dessous de l'obstacle, et la constriction du rectum peut être assez énergique pour interdire le passage aux lavements qui sont rendus sur le champ. Cette diminution de calibre apparaît encore plus frappante, dans les autopsies, à cause de l'énorme distension du bout supérieur.

L'apparition des *vomissements* peut être plus ou moins rapide. Elle fournit, quelquefois, des renseignements sur le siège de la lésion. Plus cette dernière est proche de l'estomac, et plus ils sont précoces. Tout le monde n'est pas de cet avis; pour Besnier, par exemple, la précocité des vomissements dépend plutôt du degré de constriction de l'intestin, théorie qui renferme quelque part de la vérité si on les attribue, comme nous avons fait plus haut, à un réflexe parti de l'étranglement.

D'abord alimentaires, ils deviennent muqueux, puis bilieux, et enfin fécaloïdes. Tantôt, il y a des nausées, tantôt elles font défaut, et les vomissements surviennent sans prodromes. En général, ils sont séparés par de courts intervalles, et privent le malade de tout repos.

L'aspect fécaloïde des matières rejetées est pathognomonique d'une occlusion intestinale, quelle qu'en soit la nature. Il n'est pas rare de le voir manquer. Nombreuses sont les observations d'étranglement interne avec vomissements toujours bilieux. « La rareté des vomissements de matière fécale, dit Cazin, dans sa thèse, peut être considérée comme propre à la variété d'étranglements par diverticule intestinal. » Et cet auteur cite plusieurs faits concluants à cet égard. Dans bien des cas, la mort survient rapidement, la maladie n'a pas eu le temps d'évoluer suivant le type classique, et les matières vomies n'ont pas

changé de caractère. Il est fréquent de voir les vomissements s'arrêter aux approches de la mort.

Leur effet est de hâter la perte des forces du malade. Ils contribuent à cet amaigrissement si rapide qui accompagne les accidents d'étranglement.

Le *ballonnement du ventre* résulte de la distension du bout supérieur de l'intestin. Les matières accumulées au-dessus de l'obstacle s'altèrent. Il se produit une grande quantité de gaz. Les anses intestinales se dilatent au maximum. Mais les parois, à force d'être distendues se paralysent, perdent leur tonicité, et obéissent passivement à l'élasticité des gaz : la dilatation continue. Le ballonnement ne fait donc que se prononcer de plus en plus.

A l'inspection, l'abdomen a un volume considérable. La paroi, fortement tendue est soulevée par les anses intestinales dont on perçoit les reliefs. Elle donne à la palpation une sensation de dureté due à la contracture des muscles abdominaux. Par la percussion, on obtient un son tympanique.

Suivant le siège de l'obstacle, une plus ou moins grande longueur d'intestin sera distendue, et le ballonnement aura des caractères particuliers. Un abdomen proéminent dans la région ombilicale, affaissé dans les fosses iliaques, sera l'indice d'un obstacle situé sur l'intestin grêle. La distension est-elle marquée surtout à la périphérie, sur le trajet des côlons, il faudra penser à un obstacle du côlon descendant ou de l'S iliaque. Un météorisme, également réparti entre les diverses régions est plutôt en faveur de la péritonite.

Le météorisme est, en général, le dernier à apparaître, parmi les symptômes locaux.

Abordons les symptômes généraux. Ils forment un ensemble décrit par Malgaigne sous le nom de choléra herniaire, tant ils rappellent ceux du choléra véritable. Maintes fois l'illusion a été complète, et l'étranglement interne confondu avec le choléra. La marche de ces symptômes n'est pas toujours identique à elle-même, comme nous allons voir.

Quand l'intestin grêle est étranglé, le malade éprouve une angoisse très vive, dépendant de la douleur. Le pouls est petit, la respiration irrégulière, la face pâle avec des yeux excavés. La peau se couvre d'une sueur froide et la température périphérique peut tomber au-dessous de 36 degrés. Pas de météorisme à ce moment, et néanmoins la respiration est gênée.

L'hypothermie peut disparaître, pour céder la place à la fièvre. La péritonite est cause de ce changement. Des rémissions passagères sont possibles, mais les phénomènes généraux réapparaissent avec une nouvelle intensité. La voix s'éteint, le pouls devient filiforme et impossible à compter. Les traits du malade offrent l'expression particulière appelée facies abdominal.

L'amaigrissement, déjà signalé, frappe par son degré et sa rapidité. Les extrémités cyanosées se refroidissent de plus en plus.

Pour compléter ce tableau, citons le hoquet, les troubles urinaires. Le besoin d'uriner est, parfois continu et la vessie, le plus souvent, presque vide. Des crampes, contractures, convulsions éclamptiques même ont été signalées. Les crampes s'attaquent de préférence aux membres inférieurs. M. Berger leur attribue une signification importante ; elles indiqueraient un étranglement très

serré et feraient redouter la gangrène ou la perforation de l'intestin.

L'occlusion par étranglement du gros intestin a un début beaucoup moins bruyant. La douleur précède toutes les autres manifestations de la constriction intestinale. Au début, pas de vomissements, pas de réaction générale même. Le ballonnement se produit peu à peu, pas très vite, mais il finit par devenir considérable ; alors, le diaphragme refoulé par les viscères abdominaux n'est plus apte à remplir son rôle. A partir de ce moment, la respiration est entravée, la cyanose apparaît, et, à sa suite, l'hypothermie, les troubles circulatoires ; la figure se grippe et le choléra herniaire est déclaré.

Voilà la description des auteurs : donne-t-elle un moyen de distinguer l'étranglement interne tel que nous l'entendons ? En parcourant un certain nombre d'observations d'occlusions de toutes sortes, on verra qu'il n'en est rien. L'exposé que nous venons de faire des symptômes de l'étranglement interne s'appliquerait à n'importe quel genre d'occlusion, sauf de légers points de détail. Que de fois un rétrécissement cancéreux, latent depuis des années, se révèle brusquement par les accidents d'une occlusion aiguë ? On peut avoir affaire à des pseudo-étranglements, autrefois connus sous le nom d'iléus nerveux. Ces cas, regardés jadis comme la règle, sont au contraire une exception ; pour être rares, ils n'en existent pas moins. Rieux en mentionne un dans sa thèse se rapportant à une femme hystérique¹. Les accidents étaient le fait d'un simple spasme intestinal.

¹ Thèse de Rieux, Paris, 1853, p. 12.

En somme, pas de diagnostic exact possible, si l'on se contente des signes indiqués plus haut. Les quelques citations d'auteurs que nous avons faites pourraient, à la rigueur, donner des présomptions, mais rien de plus.

CHAPITRE II

Étude d'un nouveau signe d'étranglement interne.

Avant d'aller plus loin, nous citerons deux observations d'étranglement interne se rapportant à des malades soignés par M. le professeur agrégé Gangolphe.

OBSERVATION I

Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, par Michel Gangolphe, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, agrégé de la Faculté.

Le nommé L. C..., âgé de cinquante-sept ans, charron, est admis le 11 juin 1890, salle Saint-Pothin, pour des symptômes d'occlusion intestinale aigus. Sans antécédents héréditaires connus, le sujet est d'une constitution robuste ; ancien militaire, il a fait plusieurs campagnes sans avoir eu d'autre maladie que la dysenterie qu'il eut en Crimée. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Depuis 1867, le malade est porteur d'une hydrocèle gauche survenue à la suite d'un traumatisme. Il y a quatre ans, il entra à l'Hôtel-Dieu

pour des accidents d'obstruction intestinale absolument semblables à ceux qu'il présente aujourd'hui, et dont il fut facilement débarrassé par des lavements.

Depuis cette époque, aucun accident de ce genre n'a reparu ; les fonctions digestives s'accomplissent normalement, le malade n'est pas habituellement constipé.

Il y a vingt-quatre heures environ, brusquement, sans cause appréciable, effort ou traumatisme, le malade a été pris de coliques violentes, s'est mis à vomir, et, depuis ce moment, n'a rendu ni gaz, ni matières.

A l'entrée du malade, son état est le suivant : état général relativement bon, pouls normal, facies peu altéré. Les douleurs abdominales surviennent d'une façon intermittente, sous forme de coliques violentes, sans siège absolument fixe, mais à maximum épigastrique.

Les vomissements, peu abondants, consistent en liquides verdâtres, qui n'ont ni l'aspect, ni l'odeur des vomissements féca-loïdes.

L'abdomen n'est presque pas augmenté de volume dans son ensemble ; il n'existe nulle part de tuméfaction isolée. L'exploration est rendue assez difficile par les contractions de la paroi abdominale ; la palpation n'est pas bien douloureuse, et, comme la percussion, n'offre rien d'intéressant à noter.

L'évacuation de l'hydrocèle gauche par une ponction permet d'affirmer qu'il n'y a pas de hernie à l'anneau inguinal. L'examen des autres régions est également stérile. Le toucher rectal montre que l'ampoule est absolument vide. Un lavement purgatif produit deux selles dont une contient des matières en petite quantité.

12 juin. — Même état général ; les douleurs et les vomissements persistent ; depuis le lavement, le malade n'a rien rendu par l'anus. Des lavements huileux abondants donnés avec une longue sonde rectale sont rendus presque aussitôt. Le soir, lavage de l'estomac.

13 juin. — Les phénomènes d'étranglement persistent. Le facies est moins bon, les vomissements plus fréquents. Plusieurs lavements à l'aide de siphons, l'électricité, restent inefficaces.

14 juin. — La laparotomie est décidée. Un nouvel et soigneux examen du ventre pratiqué avant l'opération montre qu'il n'existe presque pas de tympanisme, et qu'il y a même une *submatité* assez nette dans les flancs et la région du bas ventre. Le malade indique la région épigastrique comme le siège du maximum de la douleur. Les vomissements ne sont pas fécaloïdes ; l'état général n'est pas encore bien altéré, le pouls est bon. Nous éliminons l'hypothèse d'une obstruction par accumulation de matières fécales ou par invagination, pour nous arrêter au diagnostic d'étranglement interne par un nœud diverticulaire ou par une bride péritonéale. L'échec des divers moyens médicaux employés aussi bien que notre diagnostic nous conduisaient forcément à l'intervention.

Après anesthésie à l'éther, par une incision de 15 centimètres environ, médiane, j'ouvre la cavité péritonéale et donne issue à plus d'un verre de *sérosité sanglante*, absolument semblable au liquide contenu dans le sac des hernies étranglées. Ce fait nous parut d'autant plus singulier que le péritoine pariétal paraissait absolument normal et sans traces d'inflammation.

Ce qui nous frappa également, ce fut la distension excessive des parties de l'intestin grêle que nous avions sous les yeux, et malgré cela, son peu de tendance à faire irruption au dehors.

Or, tous ceux qui ont fait la laparotomie dans des cas d'occlusion intestinale, savent combien l'intestin a de la tendance à faire hernie, et est difficile à maintenir pendant l'exploration manuelle intra-péritonéale. Mais, nous l'avons déjà dit, chez notre malade, avant l'opération, le ventre était peu distendu. La main droite, introduite dans le ventre, nous permet de nous assurer de la vacuité du gros intestin et de l'absence de brides ; toutefois, pour faire un examen complet, nous prenons le parti d'amener successivement tout l'intestin sous nos yeux en le déroulant, l'égrenant, pour ainsi dire, sans le tirer hors du ventre. Cette manœuvre commencée, nous éprouvons une certaine résistance, qui cède vite, et nous amenons au jour une anse d'intestin grêle, qui paraît avoir été étranglée par un lien circulaire. Le sillon est blanc, sans trace de sphacèle, et ressemble absolument au sillon que l'on observe sur l'intestin dans l'étranglement herniaire. L'exploration ne

révèle pas dans le voisinage de causes appréciables d'étranglement. Une certaine longueur d'intestin au-dessus de cet étranglement, est encore amenée à la plaie; elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que son affaissement contraste avec la distension de la portion située au-dessous du sillon. Nous nous assurons que le contenu intestinal circule parfaitement à travers le point rétréci, et pensant que la recherche du nœud diverticulaire, que nous supposions avoir produit l'étranglement, était plutôt du domaine de l'anatomie pathologique, que de la thérapeutique, nous refermons la cavité péritonéale.

Nous étions alors convaincu d'avoir sauvé notre malade. Quel ne fut pas notre étonnement de voir les accidents persister et déterminer (le 17 juin) la mort, après un soulagement relatif, le jour qui suivit l'opération?

L'autopsie faite avec soin nous donna l'explication de notre échec. On trouva, en effet, au dessous du foie, dans l'arrière-cavité des épiploons, engagée à travers l'hiatus de Winslow, une grande partie de l'intestin grêle, près de 1^m,50. L'arrière-cavité contenait en outre, des matières fécales, et présentait les signes d'une violente péritonite. L'hiatus de Winslow offrait en haut une sorte de crête saillante, sur laquelle le bout inférieur était venu se sectionner. Le bout supérieur de l'intestin n'était pas sphacélé. La partie étranglée, qui avait été dégagée et vue pendant l'opération, ne put pas être retrouvée; il est probable qu'elle avait repris rapidement son calibre après sa libération.

Nous avons donc eu affaire à une lésion extrêmement rare, à une hernie de l'arrière-cavité des épiploons. Nous avons été assez heureux pendant l'opération pour dégager en le tirant le bout supérieur, mais il aurait fallu, pour guérir le malade, continuer à tirer jusqu'à ce que la totalité de l'intestin étranglé fût amenée au dehors. Si nous n'avons pas fait cette manœuvre, c'est que nous n'avons pas fait le diagnostic (comme cela est arrivé à d'autres chirurgiens), et aussi parce que, après avoir déroulé une certaine étendue d'intestin, nous ne voulions pas augmenter le danger de l'intervention, en la prolongeant outre mesure. Mis en garde par un tel fait, nous agirions autrement à l'avenir.

On connaît huit observations de hernies dans l'arrière-cavité des épiploons.

.
Dans aucun cas, le diagnostic ne fut posé.

Chez notre malade, le liquide donnait de la submatité dans les parties déclives du ventre; sa constatation dans le cours d'une laparotomie pour une occlusion de cause indéterminée devra mettre le chirurgien en garde contre l'existence d'une hernie rétro-péritonéale. Ce liquide ressemble absolument, avons-nous dit, à celui qu'on trouve en faisant la kélotomie. Sa présence est-elle nécessaire, constante dans les cas analogues aux nôtres? Le nombre très restreint des observations ne permet pas d'être affirmatif. Elliot-Square aurait constaté à l'autopsie une légère péritonite avec une petite quantité de lymphé et de sérum sanguinolent autour de l'intestin.

Si l'étranglement causé par les bords de l'hiatus n'est pas extrêmement serré, la prolongation de son action n'en détermine pas moins le sphacèle des tuniques intestinales (Majoli, Trèves), et comme chez notre malade, l'épanchement stercoral dans l'arrière-cavité (*Lyon médical*, 1890.)

La deuxième observation n'ayant pas été rédigée, nous l'avons reconstituée avec les renseignements que M. Gangolphe et aussi M. Villard, interne des hôpitaux, ont eu l'obligeance de nous fournir.

OBSERVATION II

(*Étranglement interne par diverticule. — Décembre 1890*).

Homme d'une trentaine d'années ayant toujours joui d'une bonne santé. Jamais d'accidents du côté de l'intestin.

Le mal a commencé trois jours avant l'entrée à l'hôpital, d'une

manière brusque, par des douleurs très vives dans l'abdomen. Aux coliques se sont ajoutés du ballonnement et des vomissements alimentaires, d'abord, puis bilieux, et devenus fécaloïdes. Quelques selles ont été provoquées par des lavements. Un peu de sang ayant été vu dans une selle, on a pensé à une invagination.

Au moment où M. Gangolphe a vu le malade, celui-ci était déjà dans un état grave. Le palper du ventre n'était pas très douloureux. La percussion dénotait de la submatité dans les fosses iliaques. S'appuyant sur ce signe, M. Gangolphe porta le diagnostic d'occlusion par étranglement, et proposa au malade une intervention chirurgicale immédiate qui fut refusée ou tout au moins remise au lendemain.

Ce jour-là, l'état s'était considérablement aggravé. Le malade avait le pouls presque insensible, les extrémités froides, répondait à peine aux questions qu'on lui posait. La laparotomie fut alors pratiquée. A l'ouverture de l'abdomen, une certaine quantité de liquide *séro-sanguinolent* s'écoula, et, à sa suite vinrent des anses intestinales très congestionnées. On commença la recherche de l'étranglement. Mais, l'état du malade, de plus en plus en plus alarmant, fit abandonner cette entreprise. On dut refermer le ventre. La mort survint quatre ou cinq heures après l'opération.

Autopsie. — La cavité abdominale ouverte, on ne trouva pas de péritonite. En suivant l'intestin grêle météorisé, on arriva, avec les mêmes difficultés qu'au moment de l'opération, sur un diverticule qui naissait à 12 centimètres du cæcum. Ce diverticule se terminait par un long filament qui avait étranglé, en l'entourant, le pédicule d'une anse voisine. Celle-ci était déjà, en partie, coupée, et les matières fécales commençaient à s'échapper par la rupture. Dans la cavité péritonéale, on trouva environ 500 grammes de sérosité sanguinolente.

Nous n'avons pas à insister sur les particularités de la première observation, tenant à la nature de la lésion présentée par le malade. Il s'agissait d'une hernie dans l'hiatus de Winslow, rareté pathologique dont la science

possède huit autres cas. Le petit volume du ventre, le peu de tendance de l'intestin à s'échapper de l'abdomen, n'ont pas besoin de commentaires. Le fait intéressant, commun aux deux récits précédents, est l'épanchement intra-péritonéal. Dans chaque cas, une certaine quantité de liquide hématique s'écoule au moment où l'on pénètre dans l'abdomen. Il n'y a pas de péritonite. Le péritoine est sain. Tout au plus est-il un peu congestionné sur l'intestin; rien d'anormal sur le feuillet pariétal. La quantité de liquide épanché était suffisante pour déterminer de la matité à l'hypogastre et dans les fosses iliaques.

Comme on peut voir, par la lecture de l'observation I, M. Gangolphe avait eu l'attention attirée par l'épanchement péritonéal. Dans la seconde observation, la submatité des parties déclives de l'abdomen l'amena à diagnostiquer un étranglement interne, et par suite à intervenir. Dans les deux cas, on avait affaire à une constriction énergique de l'intestin, par un mécanisme analogue. Y aurait-il réellement un rapport entre la production de l'épanchement séro-sanguin et l'étranglement par un lien quelconque? En d'autres termes, l'étranglement par brides de toute sorte, replis péritonéaux, diverticules, orifices accidentels ou non aurait-il un signe caractéristique?

Les auteurs ne nous apprennent rien à cet égard. Jonnesco, dans son travail sur les hernies internes, Albert, dans son traité récent de Chirurgie clinique (Paris, 1893), ne paraissent nullement s'être occupés de ce sujet. Toutefois, on trouve dans la thèse de Le Moyne (Paris, 1878, p. 39), un passage signalant, comme un fait exceptionnel, l'épanchement qui nous occupe :

« Pour terminer ce qui a trait aux signes objectifs fournis par l'abdomen, relevons un symptôme exceptionnel trouvé dans notre observation II (étranglement de l'iléon par une bride), la matité prononcée rencontrée dans la fosse iliaque et le flanc droit. La nécropsie a montré qu'elle était en rapport avec la présence d'une hémorragie abondante. L'existence d'une exhalation sanguine dans la cavité du péritoine et dans l'anse étranglée est un fait presque constamment révélé par les autopsies, à la suite d'étranglement interne. M. Duchaussoy a, le premier, attiré l'attention sur sa fréquence, particulièrement dans les cas de constriction de l'intestin grêle par brides ou dans un orifice anormal.

Les observations I et II nous ont montré, à l'examen nécroscopique, un épanchement séro-sanguin intra-intestinal formant une colonne liquide au-dessus de l'obstacle. Mais, il est exceptionnel que cette transsudation soit assez abondante pour donner lieu à une matité franche, ou, plus rarement encore, à une tumeur intra-abdominale. La stase sanguine, dans les capillaires, est la source principale de l'exhalation hémorragique. Dans le cas particulier de constriction par brides, il s'y joint une action toute mécanique de ces brides, capable, souvent, d'entamer la paroi de l'intestin et de rompre des vaisseaux plus importants. »

Si l'on se reporte au travail de Duchaussoy sur l'étranglement interne¹, on trouve deux observations relatant un épanchement hématique. La première, de Louis, décrit

¹ Duchaussoy, *Mémoire sur l'anatomie pathologique de l'étranglement interne*, pages 306 et 359, 1859.

un étranglement par bride, survenu chez une femme. L'intestin contenait, au niveau de l'anse étranglée, une grande quantité de liquide sanguin, rouge noir. L'autre, de Curteron et Saussier est citée plus loin (v. obs. XIII); elle a trait à une hernie du ligament large, et signale un épanchement sanguin dans le péritoine, aussi bien que dans l'intestin.

Il paraît donc possible de rencontrer un épanchement hématique à la fois intra-et extra-intestinal, dans les cas d'étranglement. Pour nous éclairer dans l'étude de ce symptôme nouveau, nous avons parcouru toutes les observations d'étranglement interne que nous avons pu rencontrer dans la littérature médicale. Ces recherches ont fourni un certain nombre de cas où figure le symptôme étudié. Malheureusement dans la plupart des observations, l'on ne paraît pas avoir cherché si la sonorité existait dans tous les points de l'abdomen. Cela tient, peut-être, à la sensibilité de la paroi abdominale, souvent signalée, et qui peut avoir gêné les investigations. De même, on a souvent négligé de noter le contenu péritonéal ou intestinal.

Afin de tirer le meilleur parti des faits recueillis, nous les grouperons de la manière suivante :

Occlusions par brides ;

Occlusions par diverticules ;

Occlusions par orifices normaux ou anormaux.

Occlusions par Brides

OBSERVATION III

Le 3 novembre 1875, le nommé R. Louis, matelot, entre à l'ambulance du port de Lorient. Bien portant jusqu'à l'avant-veille, il a été pris, ce jour-là, d'un malaise subit pendant son travail. Depuis, il a éprouvé des envies de vomir. Pas des selles depuis vingt-quatre heures, facies pâle, grippé, abattement, langue sale, abdomen douloureux à la pression.

Les symptômes s'aggravent, et le soir, les traits sont décomposés, la dépression extrême. Langue saburrale. Soif vive que le malade n'ose satisfaire, de peur de provoquer les nausées et les vomissements. Ceux-ci ne contiennent aucune matière fécaloïde. Ventre modérément météorisé et très dur, sensible un peu partout, mais davantage au niveau du flanc droit. En percutant ce côté, on y constate une *matité* prononcée.

Mouvements respiratoires brefs et saccadés ; pas de hoquet. Pouls très faible et très fréquent. Les extrémités sont froides.

On diagnostique un étranglement interne, mais la prostration extrême du malade fait juger impossible toute intervention chirurgicale.

Les vomissements se suspendent dans la soirée. Délire. Quelques tremblements convulsifs. Mort vers 3 heures et demie du matin.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort.

Sujet très fortement musclé. Raideur cadavérique peu accentuée.

L'abdomen étant ouvert, on trouve le péritoine parfaitement sain.

L'apparence de l'intestin grêle attire de suite les regards. Il offre deux colorations nettement tranchées. La partie la plus rapprochée

du cæcum est d'une teinte noirâtre qui contraste avec la couleur normale du reste de l'intestin grêle et du gros intestin. Ce dernier est affaissé, tandis que l'intestin grêle est distendu par une grande quantité de liquide et par des gaz dans les circonvolutions supérieures.

Dans les parties déclives et surtout à droite de l'abdomen, on constate la présence d'un *épanchement sanguin* ou du moins d'un liquide formé de sang en grande partie. Les anses noirâtres baignent en quelque sorte dans ce liquide dont la quantité peut être évaluée à 2 litres et demi.

Ces anses paraissent rayonner d'un point profond où elles sont fixées, et qui correspondrait à la partie droite de la cinquième vertèbre lombaire. En ce lieu, se trouve une bride appartenant au mésentère. Une portion de l'iléon s'est engagée sous elle. Puis, par le fait d'une torsion d'ensemble des anses voisines, le mésentère s'est comme pédiculé profondément. Pour voir clair dans cet entre-croisement inextricable, on détache le tube intestinal à partir du rectum. Immédiatement à gauche du point où la bride croise l'iléon, commencent la coloration noire et la distension du tube intestinal déjà signalées. L'agent de l'occlusion n'est pourtant pas seulement la bride, car l'intestin est tordu suivant son axe.

Il y a donc, aussi, *volvulus* de l'iléon.

La coloration noire de l'intestin se remarque sur une longueur d'environ 2 mètres. Cette coloration est due : 1° à la stase considérable dans les capillaires des parois ; 2° au liquide renfermé dans l'iléon qui n'est autre que du sang très noir et très fluide. Sa quantité est de 2 litres au minimum. La cavité de l'intestin est recouverte d'une bouillie visqueuse, lie de vin, non adhérent à la muqueuse, formée par un mélange de secretum intestinal et de matières fécaloïdes. A part cela, la muqueuse est intacte. On ne trouve rien pour expliquer une pareille hémorragie.

Ce cas offre réunies deux des formes principales de l'occlusion intestinale : l'étranglement interne proprement dit ou *incarcération*, et l'étranglement rotatoire ou *volvulus*.

(Le Moyne, thèse de Paris, 1878, page 13).

OBSERVATION IV

Une jeune femme de vingt-huit ans. Mme V..., des environs de Niederbronn (Alsace), toujours bien réglée, sans antécédents morbides, accouche le 20 décembre dernier de son sixième enfant.

Le troisième jour éclate une pelvipéritonite, avec les symptômes habituels. Convalescence au bout de trois semaines, et, quelques jours plus tard, la malade reprend ses occupations journalières.

Le 23 décembre, elle va à la selle pour la dernière fois. Les lavements et les purgatifs restent sans effet, bientôt le ventre se ballonne, la constipation persiste, mais sans vomissements ni même nausées.

Le Dr Klein de Niederbronn épuise toutes les ressources de l'art. Il va jusqu'à faire prendre à sa cliente une demi-livre de plomb de chasse. Tous ces moyens échouent. Mon confrère diagnostique un étranglement interne par bride, et propose la gastrotomie, comme unique ressource. L'intervention chirurgicale est refusée.

L'état empire les jours suivants, et le 5 janvier, la malade se voyant perdue réclame de son propre chef l'opération proposée. M. Klein m'appelle en consultation, le même jour, et nous trouvons sa cliente dans l'état suivant :

Facies altéré, non grippé, teint ictérique. Pouls à 120, très petit, température normale.

Ventre météorisé : les anses intestinales ne se dessinent pas sous les téguments.

Le maximum de tension correspond aux régions sus et péri-ombilicales et paraît surtout porter sur le côlon transverse ; l'estomac n'est pas dilaté. La région hypogastrique est relativement moins tendue. La palpation du ventre n'est douloureuse qu'en un seul point, situé dans le flanc droit et répondant à la jonction du côlon ascendant avec le côlon transverse. Pas de hernie, toucher rectal normal. Miction normale. Constipation opiniâtre depuis treize jours, pas d'émission de gaz par l'anus. La malade a des

éructations fréquentes, mais pas de vomissements. Depuis plusieurs jours, elle n'a pris qu'une petite quantité d'eau.

Le diagnostic posé par mon confrère ne me semble pas douteux ; la laparotomie nous paraît à tous deux indiquée au premier chef.

Opération à 2 heures après midi, au domicile même de la malade.

Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le péritoine incisé, un flot de *liquide ascitique transparent, jaune citrin*, s'écoule aussitôt. L'épiploon se présente en même temps, et les anses intestinales viennent faire hernie à travers l'ouverture. Je sors un volumineux paquet d'intestin, pour explorer le ventre, et le recouvre de serviettes chaudes trempées dans la solution phéniquée forte. Je dirige mes recherches du côté de l'hypogastre, et, pour me donner du jour, j'agrandis l'incision primitive à 14 centimètres.

Mon doigt ne tarde pas à rencontrer un corps résistant, dur, tendu, formé, sans aucun doute, par la bride dont on avait soupçonné la présence. Pour la bien dégager, j'attire en dehors un nouveau paquet d'intestin, et arrive alors à faire constater la bride à l'assistance. Elle est d'un blanc grisâtre, circulaire, mais se laisse aplatis sous le doigt comme un ruban. Son épaisseur est d'environ 5 millimètres, sa largeur de 7 centimètres. Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite. Son extrémité droite s'insère sur le côlon ascendant, qui se trouve dévié de sa situation normale, et attiré obliquement vers la ligne médiane. Son extrémité gauche s'insère sur l'angle gauche de la matrice, au-dessus du ligament de la trompe. En-dessous de la bride et appliquée contre le bas fond de l'utérus, on constate une anse intestinale comprimée, étranglée et tordue sur elle-même. Cette dernière disposition devient plus apparente encore après la section de la bride entre deux ligatures de catgut, qu'on abandonne dans le ventre.

La portion étranglée paraît saine : le péritoine qui la recouvre paraît lisse ; c'est à peine s'il existe un changement de coloration. L'intestin a subi un mouvement de demi-torsion sur lui-même ; il présente un sillon correspondant à l'étranglement.

Le bout situé à droite est fortement dilaté, celui de gauche est aplati et ne peut être attiré au dehors, fixé qu'il est par un mésocôlon ou mieux un mésorectum, car c'est bien en effet sur l'S iliaque où l'extrémité supérieure du rectum dévié vers la ligne médiane que siège l'occlusion. Il est impossible de dérouler entièrement l'anse en question ; mais les gaz et les matières contenus dans le bout supérieur circulent bien dans le bout inférieur.

L'anse étranglée se trouve entourée et en partie recouverte d'anses d'intestin grêle agglutinées entre elles par des adhérences qui ne se laissent détruire qu'en partie.

Le petit bassin renferme une grande quantité de liquide ascitique que j'extrais avec le creux de la main.

Après réduction des intestins, on referme la plaie. Guérison au bout d'un mois.

(J. Boeckel, *Revue de chirurgie*, page 646, 1881).

Remarques. — Cette observation offre un tableau assez net de l'occlusion portant sur le gros intestin :

Constipation opiniâtre, absence de vomissements, durée de la maladie, etc.

L'épanchement signalé ne provient pas d'une péritonite, car le péritoine est lisse, dépourvu de fausses membranes. Les adhérences des anses de l'intestin grêle, étant solides, sont une trace de la pelvi-péritonite antérieure. Enfin, il y a à noter l'absence de fièvre.

OBSERVATION V

Etranglement interne par bride. — Laparotomie. — Mort
Par G. Pouilly, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Le 5 octobre 1882, à 5 heures après-midi, j'étais appelé à la Maison municipale de Santé, pour voir une malade entrée dans la

journée avec des antécédents d'étranglement interne (Service de M. Ed. Labbé). C'est une jeune femme de trente-un ans, cuisinière, de belle constitution, jouissant d'une très bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle eut une péritonite aiguë, de laquelle elle guérit complètement, tout en conservant quelques douleurs dans le ventre. Il y a cinq jours, le 1^{er} octobre, la malade, ordinairement constipée, a commencé à ressentir de vives douleurs dans le ventre. A partir de ce jour, elle n'a rendu, par l'anus, ni gaz, ni matières fécales.

A son entrée, le 5 octobre, au matin, symptômes très nets d'une occlusion intestinale aiguë, avec extrémités froides et température axillaire de 36°,5. Vomissements fécaloïdes.

Ventre dur, ballonné sans être très volumineux, très douloureux à la pression.

L'état s'aggravant, et les moyens médicaux étant restés sans effet, on se décide à appeler un chirurgien.

A 5 heures du soir, je me résous à intervenir, persuadé que la malade n'avait plus que dans l'opération son unique chance de salut si mince que fût celle-ci.

Après anesthésie, la paroi abdominale est incisée sur la ligne blanche, dans une étendue de 12 centimètres environ, en commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Il s'écoule de l'abdomen une légère quantité de *liquide séro-sanguin*. Les anses de l'intestin grêle apparaissent fortement distendues et congestionnées.

L'épiploon est sorti et couvert de linges chauds. Les anses intestinales qui font hernie dans la plaie sont explorées et rentrées au fur et à mesure.

Après avoir ainsi passé en revue 50 à 60 centimètres d'intestin, le doigt tombe sur une partie fortement bridée par un cordon dur, blanc, qui étreint solidement l'intestin. Cette bride est facilement amenée en dehors avec l'anse qu'elle étreint et elle est sectionnée sur le doigt, après certitude qu'il ne s'agit pas d'une anse, d'un diverticule intestinal. Au niveau de la striction, les tuniques de l'intestin sont épaissies, d'une couleur marron, et réduites à la couche péritonéale; la gangrène est évidente.

On établit en cette région un anus contre nature. Le point sphacélé est amené au dehors et une ouverture est pratiquée sur l'intestin gangréné qui laisse échapper 5 à 600 grammes d'un liquide jaunâtre, fécaloïde.

La malade meurt deux heures après la fin de l'opération.

Pas de détails sur l'autopsie.

(*Gazette médicale de Paris*, page 183,
21 avril 1883.)

OBSERVATION VI

Laparotomie par étranglement interne, par M. Duret (de Lille).

Chez un homme de cinquante-sept ans, entré à l'hôpital dans un état extrêmement grave datant de quatre jours, tous les moyens médicaux furent épuisés. Je décidai la laparotomie comme dernière ressource. Le ventre ouvert, il s'écoula un flot de *liquide grisâtre*, comparable à du bouillon sale. Je trouvai l'étranglement après de laborieuses recherches, mais il s'était levé spontanément. Au voisinage du cæcum, je trouvai une bride qui allait se fixer au côlon ascendant. Je la sectionnai et refermai le ventre. Immédiatement après l'opération, l'opéré ne paraissant pas se rétablir, je songeai alors au siphonage de l'estomac, recommandé par Kussmaul. Le résultat fut remarquable, et, le lendemain, l'état se modifia. Le malade guérit.

(*Revue de chirurgie*, page 926, 1889.)

Quels sont les points communs à ces quatre dernières observations et aux deux, citées plus haut? La matité dans le flanc droit figure dans la première. Les autres sont muettes à cet égard. Peut-être la sensibilité extrême de la paroi mentionnée dans la V^e observation a-t-elle mis obstacle à la percussion.

L'épanchement intra-péritonéal est signalé dans toutes. Il est abondant. La V^e seule parle d'une « légère quantité de liquide séro-sanguin ». Mais, dans ce cas particulier, il n'y a pas eu d'autopsie, et il pouvait y avoir encore du liquide dans les parties profondes du péritoine qui n'ont pas été explorées. La couleur de cet épanchement n'est pas la même dans chaque cas. En étudiant sa pathogénie, nous verrons comment ces variétés peuvent s'expliquer.

L'intestin n'est ouvert que dans deux cas (observ. III et V). La première fois, on trouve un liquide manifestement hématique. La seconde, sa nature est masquée par des matières fécales.

Voyons, maintenant, ce que nous donnent à remarquer les étranglements par diverticules.

Occlusions par Diverticules.

OBSERVATION VII

Edwin M..., âgé de dix ans, garçon vigoureux et bien portant, atteint, quatre ans auparavant, d'une obstruction intestinale qui céda aux remèdes habituels, fut amené, le 12 avril au matin, à l'hôpital de l'Asile royal militaire; se plaignant d'une violente douleur de ventre, siégeant spécialement à l'ombilic, avec vomissements continuels et distension générale de l'abdomen. Pouls très petit et précipité, langue couverte d'un enduit jaune, constipation, expression de grande anxiété et d'abattement. La veille, il a mangé une *mince-pie* (pâté de viande et de raisins) et bu beaucoup d'eau froide. Saignée générale et locale, purgatifs, etc., le tout employé sans succès. Il mourut trente-six heures après la première atteinte de douleur.

Autopsie. — 8 onces environ de *sérum sanguinolent*; les petits intestins furent trouvés fortement vascularisés, de couleur pourpre, couverts de nombreux vaisseaux rouges et éminemment distendus, en partie par des gaz, mais surtout par une quantité considérable de liquide trouble, jaunâtre, dans lequel flottait un grand nombre de petits raisins noirs. Une disposition singulière et anormale existait dans la partie inférieure de l'abdomen; une portion adventice de l'intestin, en forme de poche ou cul-de-sac, ressemblant un peu à un doigt de gant, longue de 4 pouces et d'une couleur rouge foncée, s'élevait des circonvolutions de l'iléon, à 15 pouces environ de sa terminaison au cæcum. Étendue au-dessus des bords du bassin, elle allait s'attacher à l'ombilic par son extrémité supérieure ou *aveugle* à l'aide d'une corde ligamenteuse d'un pouce et demi de long. Il était évident que les circonvolutions situées entre la poche et le cæcum étaient comprimées au point que la lumière du canal était complètement obstruée. La couleur livide de l'intestin commençait subitement au point où la poche prenait naissance, et lorsque les parties étaient en place, la corde ligamenteuse attachée à l'ombilic était fortement tendue.

(Cazin, Thèse de Paris, page 66, 1862.)

OBSERVATION VIII

François R..., vingt ans, entré le 16 avril 1853, salle Saint-Martin, n° 20, service de M. Devay. Il y a trois jours, au milieu d'une bonne santé, il a été pris, sans cause appréciable, de vives coliques, accompagnées de constipation. Il n'y avait fait d'abord que peu d'attention, parce que, quelque temps auparavant, il avait ressenti les mêmes symptômes et s'en était débarrassé en prenant 60 grammes d'huile de ricin. Cette fois, il s'est administré le même purgatif, mais sans aucun effet. Douleurs abdominales très violentes. Le malade se tord sur son lit, et cherche dans un changement continuel de position à soulager ses souffrances. Le ventre est un peu ballonné, dur, très résistant, très douloureux au tou-

cher. A droite, au-dessus de l'anneau inguinal, on sent une tuméfaction ou plutôt un empâtement impossible à circonscrire, à cause de la résistance et de la contracture des parois abdominales. Pas de hernie externe. Langue blanche. Pas de vomissements de bile, ni de matières fécales, seulement le malade rend tout ce qu'il prend, même les boissons. Le pouls est petit, presque filiforme, très fréquent, marque 140 pulsations par minute. La respiration pénible, accélérée, présente 60 inspirations. Face pâle, grippée, pleine d'anxiété. (Prescription : sangsues sur l'abdomen, grand bain, frictions d'onguent napolitain, lavement purgatif.)

Ces divers moyens calment un peu le malade. Le lavement est rendu au bout de dix minutes, n'amenant avec lui que peu de matières. Le soir lavement laudanisé. Dans la nuit, les douleurs reviennent plus intenses. Agitation, délire. Mort à 4 heures du matin.

Autopsie — *Épanchement séro-sanguin* assez considérable. Plusieurs anses d'intestin grêle sont distendues par des matières et par des gaz, elles présentent une coloration d'un rouge brun et laissent échapper une odeur gangreneuse très forte. La tunique péritonéale se déchire et s'enlève avec facilité. Les extrémités de ces anses intestinales sont, dans la région iléo-cæcale, fortement serrées par un cordon d'une coloration rouge brun, semblable à celle de l'intestin, excepté au milieu de son étendue, où la constriction qu'il opère est plus forte, et où il présente un moindre diamètre et une coloration blanchâtre.

En saisissant l'intestin au-dessus du point où s'opère la constriction, on voit qu'il passe une première fois sous la ligature, puis, décrit une grande circonvolution, passe sous une seconde bride rapprochée de la première avec laquelle elle est parallèle, fait un trajet de 3 centimètres, pour repasser une seconde fois sous la première, décrit encore une circonvolution assez étendue, et vient enfin repasser une troisième fois sous la première bride, mais en sens inverse, et, enfin, après un trajet de 2 centimètres arrive au cæcum, lequel est pourvu de son appendice cæcal. La bride qui est un diverticule émerge de l'intestin avec lequel elle communique à 1 mètre au-dessus du cæcum. Elle est longue de 10 centimètres,

grosse comme un tuyau de plume. Immédiatement à sa naissance, elle s'enfonce dans la masse intestinale, contourne dans une première anse, trois portions d'intestin, disparaît de nouveau, puis remonte à sa surface, en formant une deuxième anse, qui s'enroule autour d'une seule portion d'intestin. Le diverticule forme, ainsi, une espèce de 8 de chiffre. Après ce trajet il se termine par un renflement gros comme la pulpe du doigt, et va s'insérer près du cæcum au mésentère par une petite corde fibreuse très résistante. A l'incision de l'appendice, il sort des matières semblables à celles de l'intestin. Celui-ci, déroulé, porte dans quatre endroits de son étendue les traces de la forte constriction qu'il a éprouvée.

(Cazin, thèse de Paris, page 70, 1862).

OBSERVATION IX

R..., né le 21 août 1819. Le 23 janvier 1846, il fait un repas indigeste. Peu après, marche fatigante, suivie immédiatement après d'une autre course de trois quarts de lieue. Coliques aussitôt après, puis tous les signes d'un étranglement. Transporté à l'hôpital, il offre les symptômes suivants : couché en supination, décoloration générale, yeux abattus, facies exprimant la douleur, mais non grippé, chaleur modérée, pouls subfréquent et concentré ; langue sèche, blanchâtre au milieu, soif vive, régurgitations assez fréquentes, envies de vomir sans vomissement, ballonnement du ventre dont la paroi dessine à l'œil les reliefs des circonvolutions intestinales. Paroi abdominale très douloureuse. *Matité* sur une assez grande étendue dans la fosse iliaque droite, tympanisme partout ailleurs.

Mort le 25, à 1 heure du matin.

Autopsie. — Le péritoine contient environ 2 litres d'un liquide poisseux d'un brun foncé. C'est de la sérosité mélangée avec une grande proportion de sang non réuni en caillots. Ce liquide occupe les intervalles des circonvolutions intestinales et la cavité pelvienne. La membrane séreuse ne présente d'autre altération qu'une rougeur uniforme évidemment cadavérique. Elle

est comme imbibée de sang. Pas de fausses membranes, ni de productions albumineuses. Distension de l'intestin grêle, lequel est de couleur brune, même noirâtre, surtout dans sa partie inférieure.

En portant la main au côté gauche du mésentère, on reconnaît un anneau formé par l'intestin lui-même, à travers lequel viennent s'étrangler plusieurs anses intestinales. Cet anneau était placé au-devant de la quatrième lombaire, et sur son côté droit. L'étranglement est produit par un diverticulum intestinal, lequel forme un nœud embrassant une double anse d'intestin, en 8 de chiffre.

(Cazin, thèse de Paris, p. 79, 1862.)

OBSERVATION X

W..., artilleur, vingt-deux ans. S'est toujours bien porté jusqu'au 7 mars 1861. Le 8, jour de son entrée à la clinique, coliques accompagnées de constipation. Le 11, vomissement. Le 12, douleurs cuisantes dans le ventre, surtout dans la région ombilicale exaspérées par la pression et les inspirations profondes. Abdomen soulevé et tendu. *Matité* dans la région de l'ombilie, sonorité tympanique partout ailleurs. Constipation continue. Eructations, hoquet, soif ardente, pouls très fréquent, incomptable, filiforme, extrémités froides, température de l'aisselle 36 degrés. Mort à midi et demi.

Autopsie. — Dans la cavité péritonéale, *grande quantité de sérum louche mélangé d'un peu de sang*. En soulevant les circonvolutions de l'intestin grêle distendu, on rencontre une anse intestinale étranglée par un lien arrondi. Elle commence à 14 pieds 4 pouces et 2 lignes de l'estomac, et mesure 8 pieds 9 pouces. Elle comprend donc presque entièrement la portion médiane de l'iléon. Son pédicule est distant du cæcum de 8 pieds 51 pouces, il occupe la région mésogastrique un peu vers la droite; le reste de l'anse descend dans l'hypogastre et le petit bassin.

Le lien constricteur est un diverticule vrai, né du bord libre de l'iléon, à 3 pieds 24 pouces du cæcum. Il se dirige transversale-

ment de droite à gauche derrière le pédicule de l'anse étranglée. (Celui-ci est situé presque immédiatement au niveau de l'origine du diverticule), se replie ensuite au-devant de ce pédicule de gauche à droite, et retourne à son point de départ. Là, il se glisse entre le pédicule qu'il étrangle et le côté gauche de sa partie initiale, et vient sortir à droite de cette partie en formant une ampoule libre et dilatée. Il se trouve ainsi formé un anneau ovale, dont le diamètre transversal égale 1 pouce, et l'antérieur $\frac{3}{4}$ de pouce, dans lequel est étranglée l'anse précitée.

(Cazin, thèse de Paris, page 84, 1862).

OBSERVATION XI

Etranglement interne causé par un diverticule iléal.

Jull..., Edouard, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'Hospice général, le 21 mai 1885.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 20 mai. Ce jour-là, il a éprouvé des tranchées violentes après son déjeuner, et s'est d'abord cru empoisonné par des moules mangées à son repas.

Nuit très mauvaise, coliques, sueurs froides. Ventre ballonné, constipation. Il entre à l'hôpital dans la matinée. La laparotomie, jugée nécessaire, est pratiquée à 3 heures après midi.

L'ouverture de l'abdomen montre l'intestin distendu et congestionné. Il s'écoule un peu de *liquide louche et sanguinolent*. Pendant qu'on recherche le siège de l'étranglement, une manœuvre intempestive d'un aide fait déchirer sur une grande étendue la séreuse de l'intestin grêle qui est devenue friable. Par suite de cet accident, et une portion du tube digestif étant près de se sphaceler, on ne poursuit pas l'intervention.

Le malade meurt à 6 heures du soir.

Autopsie. — L'étranglement est causé par un diverticule qui a basculé et a entraîné une torsion de l'intestin sur son axe. Le diverticule est rempli par des matières fécales semi-liquides, qui, par leur poids ont causé le basculement de cet appendice.

Pas d'exsudat à la surface des anses intestinales, ni d'ulcérations. Au-dessus de l'appendice diverticulaire, l'intestin présente une rougeur diffuse. Il y a environ 5 à 600 grammes de *liquide séro-sanguinolent* dans les parties déclives du ventre.

(Augier, thèse de Paris, page 12, 1888.)

Une zone de matité dans la fosse iliaque droite a été notée, dans la IX^e observation. La suivante parle d'une région mate au niveau de l'ombilic.

Partout se rencontre du liquide sanguin ou sanguinolent. Ce caractère hématique de l'épanchement est très net dans chaque cas. On ne parle du contenu intestinal que dans un seul (obs. VII), et le liquide trouvé est mélangé aux résidus de la digestion.

Orifices normaux ou anormaux

OBSERVATION XII

Le nommé Feuillet, âgé de quarante ans, peintre en bâtiments, est apporté vers midi à l'Hotel-Dieu. A ce moment il était à l'agonie, sans pouls, face grippée, tombant à tout instant en syncope. Les personnes qui l'apportèrent ne laissèrent aucun renseignement sur le développement et la marche de la maladie. Mort à 5 heures après midi.

Nécropsie le lendemain matin à 9 heures.

Homme fort et bien constitué ayant conservé tout son embonpoint ! A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par un *épanchement d'un liquide couleur de sang veineux*, qui colore plusieurs anses intestinales, et est surtout accumulé dans le petit bassin, et le flanc droit. Intestins adhérents entre eux, mais, adhérences lâches et récentes. Le liquide ayant été épongé, on examine les

intestins colorés par cette matière. On veut les retirer de la cavité pelvienne, mais on s'aperçoit qu'ils sont retenus par une bride allant de la partie postérieure de la vessie au côté droit du sacrum. Cette bride est une espèce de cloison, due, sans doute, à l'un des replis péritonéaux, qui, de la partie postérieure de la vessie vont aux deux côtés du rectum. Le repli droit forme cette cloison. Son bord supérieur offre une ouverture dans laquelle l'intestin s'est engagé, de droite à gauche, dans le petit bassin.

(Guéneau de Mussy, *Archives générales de médecine*, t. XXVI, p. 258, 1^{re} série, 1831.)

OBSERVATION XIII

Une femme de quarante-sept ans, mère de quinze enfants, avait depuis douze ans une hernie crurale gauche, ordinairement maintenue par un bandage. Cette hernie sort pendant les efforts de la défécation ; la malade la réduit aussitôt. Quelques instants après, tiraillements dans la fosse iliaque gauche, puis, douleurs s'étendant vers l'ombilic : vomissements répétés, absence de selles, altération des traits. Point de tumeur dans l'aîne ou dans la partie voisine de l'abdomen. La hernie ne reparait pas pendant les efforts de toux. Empâtement croissant, sans fluctuation évidente dans l'hypogastre. Mort quarante-trois heures après le début des accidents.

A l'autopsie, 2 litres de sang épanché, moitié dans le péritoine, moitié dans l'intestin, lequel n'est pas perforé. Une anse de l'iléon est engagée dans un sac herniaire déchiré vers son fond ; elle traverse la déchirure. Ce sac a un orifice ovulaire situé sur le ligament rond, à 3 centimètres de l'utérus ; il se bifurque bientôt, l'une de ces branches s'engage dans l'anneau crural, au delà duquel son fond évasé est fixé par des adhérences solides. Cette portion est vide. L'autre branche, moins considérable longue de 3 à 4 centimètres, et large d'autant, naît à peu de distance de l'orifice commun, et se porte dans l'épaisseur du ligament large ;

une sorte de bride ou de collet prononcé indique la séparation des deux sacs ; au-dessous de cette bride, le péritoine du ligament large est déchiré, et le petit sac libre et flottant est déchiré à son fond. C'est dans ce petit sac que l'intestin et le mésentère se sont engagés et se trouvent étranglés par la déchirure et par la bride constituant le collet.

Le mésentère est tellement engagé qu'il forme une corde tendue entre la colonne vertébrale et le collet commun aux deux sacs ; il résulte de là qu'il exerce une véritable traction sur le sac crural, fixé d'une part à la cuisse, d'autre part à la colonne vertébrale.

(Faucon, *Archives générales de médecine*, VI^e série, t. 21, page 700, 1873.)

OBSERVATION XIV

Étranglement interne, dû à un anneau formé par le grand épiploon, présentée par J. Besnier.

C..., soixante trois ans, garçon d'atelier, entre le 4 juin 1864, à l'hôpital Saint-Antoine. Il se plaint de hoquets, de vomissements et d'une grande douleur dans le ventre. Il a été pendant longtemps porteur d'une hernie inguinale double, qui a disparu depuis quatre ans, à la suite du port d'un bandage. Il y a deux jours, il a ressenti dans la nuit, une douleur épigastrique violente, continue. Cette douleur persiste le lendemain, et s'étend à la plus grande partie du ventre. Il essaie inutilement d'aller à la selle, et vomit tout ce qu'il prend.

Les symptômes continuant à s'aggraver, le malade entre à l'hôpital.

A ce moment, le facies est pâle, anxieux. Sueurs froides, hoquets fréquents, vomissements fréquents. Ventre légèrement tuméfié dans toute son étendue, douloureux à la palpation. Il est *moins sonore* dans la région droite. Rien aux orifices herniaires.

Le malade est traité par des lavements purgatifs, de grands bains, de la glace à l'intérieur.

Mort le 6 juin.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une petite quantité de *liquide séro-sanguinolent*. Pas de pus, ni de matières intestinales. Le grand épiploon fait défaut devant les anses de l'intestin grêle, qui sont volumineuses et gonflées par des gaz. L'examen de la cavité abdominale montre que le tiers inférieur de l'iléon s'est étranglé dans un anneau siégeant à la partie terminale d'un des prolongements inférieurs du grand épiploon.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 252, 1864).

OBSERVATION XV

D..., Sylvain, marin, entre le 26 septembre 1871, vers 9 heures du matin, à l'hôpital de Port-Louis. Le billet du médecin de la frégate, *la Pénélope*, indique qu'il a été pris dans la nuit de coliques violentes avec vomissements, diarrhée, crampes dans les membres inférieurs. Croyant avoir à faire à une attaque de cholérine, le médecin a prescrit du thé punché, une potion éthérée laudanisée, des frictions. Les symptômes suivants sont constatés à l'entrée : prostration très grande, facies défait, nez pincé, regard éteint; le malade répond d'une voix faible et avec peine aux questions qui lui sont posées : la langue est recouverte d'un enduit saburral; l'abdomen un peu météorisé est douloureux à la pression mais surtout à droite, vers le flanc et la fosse iliaque. La main comprimant ces points provoque l'envie de vomir. La soif est vive, cependant le malade n'ose accepter les boissons qui lui sont offertes, dans la crainte de faire naître les vomissements. Les matières vomies n'ont pas l'odeur fécale, elles ne paraissent renfermer que les liquides absorbés mêlés d'un peu de bile.

Pas de selles depuis le matin, miction peu abondante.

Pouls filiforme à 125. Température 37°,4.

L'examen des anneaux ne permet de reconnaître aucun indice de hernie, l'exploration de l'anus ne révèle rien.

Thé punché, potion éthérée laudanisée.

4 heures de l'après-midi. Aggravation des symptômes précédents, le malade a vomi les bouillons et les tisanes qui lui ont été présentés.

Même état de l'abdomen, mais avec plus de ballonnement. La pression de la main provoque des gémissements étouffés. Le malade a rejeté une faible quantité d'urine, mais n'a pas eu de selle; quelques hoquets par intervalles. Le pouls radial est à peine sensible.

Température 36°,8.

Deux lavements huileux sont administrés sans résultat.

Dans la soirée, la peau se couvre de sueur; la respiration devient de plus en plus embarrassée; le malade est plongé dans un état comateux interrompu par quelques plaintes sourdes; par instants, on observe un peu de contracture des membres.

La mort a lieu à 9 heures du soir, dix-huit heures après le début des accidents.

D'après les renseignements pris à bord de la *Pénélope*, D... était, la veille et les jours précédents, dans un parfait état de santé.

Autopsie. — Dix-sept heures après la mort.

Constitution très vigoureuse, embonpoint marqué, rigidité cadavérique peu prononcée. Légère teinte subictérique des téguments; commencement de sigillations violacées sur le plan déclive du cadavre. Le flanc droit a pris une teinte sombre. Le ventre offre un ballonnement et une dureté considérables à peu près également sur tous les points; la bouche laisse échapper un liquide spumeux. Rien à signaler dans les cavités crânienne et thoracique.

La paroi antérieure de la cavité abdominale étant ouverte par une incision curviligne longeant les arcades fémorales, un *liquide rouge brun* s'échappe du flanc droit. Le grand lambeau circonscrit par la précédente incision étant relevé, on peut voir que les parties déclives de la cavité abdominale, à droite surtout, sont remplies du même liquide. Sa quantité est évaluée à 2 litres. C'est un mélange de sérosité péritonéale avec une forte proportion de sang altéré.

Au fur et à mesure de la division des téguments, l'intestin

distendu par des gaz s'est précipité à l'extérieur. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'aspect noir violacé de plusieurs anses de l'intestin grêle, voisines du cæcum, qui ressemblent au boudin fait avec le sang du porc, comparaison échappée à l'infirmier d'amphithéâtre. La coloration siège sur l'iléon.

A ce niveau, l'intestin n'a pas sa mobilité ordinaire ; des adhérences profondes le fixent en avant et à droite des dernières vertèbres lombaires. Il existe en ce lieu un étranglement.

Examinant avec soin les portions colorées du tube intestinal qu'à première vue on aurait pu croire gangrené, on voit que sa paroi est le siège de marbrures et de plaques hémorragiques confluentes en certains endroits, au point de donner l'illusion d'une teinte uniforme. Pas de perforation.

Examen de l'étranglement. — On constate, en déplaçant la masse intestinale, qu'une anse de l'iléon s'est introduite dans un orifice anormal du mésentère. La portion incarcérée, longue de 50 centimètres, commence à 30 centimètres de la valvule de Bauhin. En ce point, la constriction est modérée et la couleur noirâtre peu intense. Le point terminal supérieur de l'anse engagée est, au contraire, serré par une bride blanchâtre qui passe sur l'intestin comme un pont. Ici, la constriction est telle que la tunique a été entamée au portage de la bride.

L'intestin grêle est aplati, et, en même temps, tordu sur son axé. A ce niveau, se montre au plus haut degré la coloration anormale déjà signalée, et les signes de congestion se continuent au delà de la limite supérieure de l'étranglement, à plus de 20 centimètres en remontant l'intestin.

L'anse incarcérée est dégagée avec quelque peine. L'orifice du mésentère qui l'étranglait est voisin du cæcum. Il a le caractère d'une déchirure. La bride borde le côté supérieur de cette déchirure qu'elle semble avoir arrêtée par sa résistance.

L'intestin étant ouvert, la muqueuse apparaît couverte d'un enduit brunâtre formé par du sang extravasé à l'intérieur. La paroi est tuméfiée au niveau de l'anse incarcérée.

Le gros intestin est faiblement injecté par endroits.

En résumé, étranglement de l'iléon à travers une déchirure

du mésentère, ayant amené la mort en dix-huit heures, sans péritonite et sans perforation.

(Le Moyne, thèse de Paris, p. 10, 1878).

OBSERVATION XVI

Etranglement interne de l'iléon à travers une déchirure du grand épiploon. — Mort. — Par M. Léon Maunoir, externe des hôpitaux.

R. A..., âgé de quarante-neuf ans, était entré depuis quelques jours dans le service de M. Bernutz, suppléé par M. Lécorché, à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 27, pour un état assez mal défini, avec des antécédents d'alcoolisme et de syphilis, lorsque, le mercredi 10 juillet 1872, à la visite du matin, il fut pris de vomissements alimentaires avec une douleur assez vive dans l'abdomen.

Le malade n'a pas été à la selle depuis cinq jours. Lavement de tabac qui n'amène que quelques matières glaireuses.

Pendant la journée, les vomissements se répètent, ils deviennent verdâtres, s'accompagnent d'un hoquet fréquent, et, à la visite du soir, le malade est trouvé avec la face grippée, cyanosée, le pouls petit, les extrémités froides. Le ventre est à peine ballonné.

La mort arrive la nuit même, à 1 heure du matin.

Autopsie. — Vendredi 12 juillet, à 9 heures du matin. Rien à noter dans le cerveau, les poumons, sauf la congestion.

Rien au cœur, ni au foie.

Péritoine rouge foncé, et contenant une notable quantité de *sérosité sanguinolente*. Intestins très modérément distendus par des gaz, mais, aussitôt la paroi abdominale ouverte sur la ligne médiane, on voit une anse de l'intestin grêle, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale passée au travers d'une éraillure du grand épiploon, de telle façon que l'intestin et son mésentère soient enserrés étroitement comme par un fil. En effet, la portion

épiploïque qui cause l'étranglement est, à sa partie inférieure, d'une grande ténuité, tandis que, par en haut, elle se continue avec le reste du tablier.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, t. XVII, page 358, 1872).

OBSERVATION XVII

Etranglement interne par le collet d'un sac herniaire déchiré.

Mort. — *Autopsie*, par J. Berthaut, interne des hôpitaux.

Le nommé Jean G..., âgé de vingt-sept ans, charpentier, est entré le 11 mai 1882 à l'hôpital Beaujon, service de M. le docteur Millard, salle Saint-Louis, n° 16.

Cet homme, vigoureux, bien musclé, et ordinairement bien portant n'a eu d'autre maladie que la variole, il y a un an et demi. Habitué à user largement des boissons, il avait, le jour même de son entrée à l'hôpital, fait un excès de table (absinthe, déjeuner copieux, vin en quantité, café, cognac, etc., etc.). Après le déjeuner, il ressentit tout à coup des douleurs excessivement violentes. Dans le but de calmer ces douleurs, il avait avalé un verre d'absinthe pure (un verre à liqueur). Il n'éprouva, d'ailleurs, aucun soulagement, et fut pris de vomissements. L'interne de garde, pensant qu'une substance nuisible avait été ingérée, administra un vomitif (ipéca stibié).

Le soir, le malade éprouvait des douleurs abdominales très intenses; il se roulait sur son lit, vomissant et faisant des efforts constants pour uriner. Les vomissements étaient verdâtres et exhalaient une odeur alcoolique. Les efforts faits par le malade amenèrent l'expulsion de matières fécales en petite quantité, mais l'urine évacuée était peu abondante. Le ventre était plat, et les muscles de la paroi abdominale étaient contracturés. Testicules rétractés, surtout le gauche, qui était appliqué contre l'anneau.

Facies pâle, traits tirés, pouls petit et fréquent. Pas de fièvre, refroidissement des extrémités. Le malade ayant dit qu'il avait une hernie inguinale, les orifices furent examinés avec le plus grand soin. Nulle part, on ne trouvait de tuméfaction anormale, pouvant indiquer l'existence d'une tumeur herniaire. La douleur n'était plus intense en aucun point, le ventre était partout très douloureux et absolument plat. L'examen, d'ailleurs, était difficile, le malade ne pouvant rester en repos. En outre, les envies d'uriner étaient très fréquentes, et le malade demandait seulement qu'on diminuât ses douleurs et qu'on le fit uriner. La sonde introduite dans la vessie livra passage à une très petite quantité d'urine. Une injection sous-cutanée de morphine amena un soulagement marqué.

12 mai. — Evacuation de quelques matières fécales, dans la nuit. Vomissements verdâtres, peu abondants. Pas de fièvre, pas de météorisme. Le ventre est plat, très douloureux dans toute son étendue. Les muscles de la paroi abdominale sont contracturés, la rétraction des testicules persiste au même degré. La face est toujours pâle, les traits tirés et les envies d'uriner très fréquentes. Mais l'émission d'urine est presque nulle. Par le cathétérisme, on n'obtient que deux cuillerées d'urine tout à fait normale. L'ensemble des commémoratifs et des symptômes conduit M. le Dr Millard à croire qu'il s'agit d'une perforation intestinale ou stomacale. Traitement : glace, lait, potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Dans la journée, vomissements peu abondants. Emission d'une très petite quantité d'urine, pas de fièvre.

1^{er} mai. — Dans la nuit et le matin, le malade a vomi une grande cuvette de matières liquides verdâtres. Facies très altéré, nez effilé, froid, les yeux cernés, excavés. Le ventre est toujours plat, les muscles abdominaux contracturés, les testicules rétractés au même degré. Extrémités refroidies, pouls fréquent, très petit, presque imperceptible. Envies fréquentes d'uriner. Pas d'émission d'urine. Par le cathétérisme, on n'en obtient pas une goutte. Piqûre de morphine. — Mort à midi. — Immédiatement après la mort, le ventre commence à se ballonner.

Autopsie. — Le 15 mai, au matin, trente-huit heures après la

mort. — Ventre météorisé. La cavité péritonéale renferme *du sang* et du gaz. Dans le flanc gauche et la fosse iliaque gauche, on trouve un volumineux paquet intestinal, qui, par son aspect, et par son volume, diffère du reste de l'intestin. En effet, cette portion de l'intestin est très distendue. Elle a une coloration brunâtre et sa tunique péritonéale est éraillée en plusieurs points, laissant à nu la tunique musculaire. On reconnaît, alors qu'elle est constituée par une longue anse de l'intestin grêle, engagée dans un anneau fibreux adhérent à la paroi d'un sac herniaire situé dans le canal inguinal gauche. Tout d'abord, on pourrait croire que cet anneau appartenait au mésentère. Mais, en examinant la pièce anatomique avec plus d'attention il fut aisé de voir que le mésentère n'avait avec l'anneau que des rapports de contiguité et qu'il avait été entraîné dans cet anneau, à la suite de l'intestin.

L'anse intestinale dégagée de l'anneau qui l'étranglait mesure 1^m,60 de long. C'est la dernière portion de l'intestin grêle, la partie voisine du cæcum qui se trouvait dans l'orifice.

La surface péritonéale de l'anse intestinale ne présente rien de particulier, sinon les éraillures de la séreuse que nous avons déjà signalées. La cavité renferme *du sang*, et la muqueuse ne présente pas d'ulcérations. Pas de perforation de l'estomac, ni de l'intestin. Le gros intestin renferme des matières fécales. Dans l'estomac et dans la partie de l'intestin grêle non étranglée, on trouve une quantité de liquide verdâtre. Pas de lésion de l'appareil urinaire, ni de l'appareil biliaire. Les autres organes ne présentent que des altérations cadavériques.

Il s'agit donc de l'étranglement d'une longue anse intestinale engagée dans un anneau situé dans la cavité abdominale. Cet anneau formé par une sorte de bride très résistante est dirigé verticalement. Son segment supérieur est libre de toute adhérence, et le segment inférieur semble s'attacher en dedans de l'orifice profond ou abdominal du canal inguinal gauche. Un examen attentif montre que l'anneau est le collet du sac en partie détaché de ce sac.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*,
page 294, mai 1882.)

OBSERVATION XVIII

M. Terrier rapporte le cas suivant :

Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, atteint depuis dix ans de constipation opiniâtre et de coliques cédant aux antispasmodiques, qui fut pris, deux heures après son repas du soir, de coliques vives occupant l'épigastre et s'irradiant vers le testicule. Les douleurs sont excessives, le lendemain matin, le pouls fréquent, avec une température de 36°,5; les vomissements fécaloïdes s'établissent, et l'opération est faite à 4 heures du soir (huit heures après le début des accidents).

Un liquide séreux s'écoule du péritoine, et Terrier découvre après résection de l'épiploon une anse intestinale gonflée et engagée dans un anneau, et, à côté, une anse affaissée; il dégage l'intestin, sans avoir à faire de débridement et suture la paroi. L'opération avait duré vingt minutes. Les coliques disparaissent, mais une douleur sourde persiste et le malade succombe vingt-six heures après des accidents de péritonite.

(*Revue de chirurgie*, page 438, 1885.)

OBSERVATION XIX

Une femme de trente ans ressentit subitement, après une visite à la garde-robe, de vives douleurs abdominales, revenant par accès. Pas de douleurs à la pression, ni de tension de l'abdomen. Violents vomissements malgré la morphine. Pendant les quatre derniers jours, constipation et tympanisme abdominal. Pouls au-dessous de 90. Température normale.

Six jours après le début des accidents, la laparotomie fut pratiquée au-dessous de l'ombilic. En suivant une anse d'intestin grêle, qui apparaissait dans la plaie, par où on avait attiré 3 à 4 pouces d'intestin réintégrés aussitôt, après examen, Marsh arriva sur une

portion fixée, et s'aperçut qu'une anse intestinale était engagée dans un trou du méésentère, large de 3/4 de pouce, et d'une façon si lâche qu'il fut possible de la retirer avec les doigts. Cette anse présentait des signes évidents d'étranglement. Le ventre contenait une quantité considérable de *sérum sanguinolent*, qui fut évacué avec de l'eau phéniquée.

On alimenta la malade avec des lavements rectaux et on passa une sonde molle dans le rectum pour l'évacuation des gaz. — Morphine. — Le troisième jour survint un état de collapsus et des douleurs violentes dans la région ombilicale, si bien que la patiente paraissait perdue. A l'aide d'un clystère à l'eau savonneuse chaude, on détermina une selle abondante, verdâtre, après laquelle apparurent des vomissements verdâtres, et un sommeil qui dura plus d'une heure. Malgré cela, l'état empira. Douleurs abdominales violentes, délire, herpès, et, dans la bouche, aphtes. Dérangement de la plaie du ventre et chute d'une anse intestinale. Cependant, après un mois, amélioration et reprise des forces.

(Howard Marsh, *Centralblatt für Chirurgie*,
page 917, 1888.)

OBSERVATION XX

Le 4 décembre 1854, le professeur Bryk ouvrit, pour autopsie judiciaire, en présence des assistants médicaux, le corps de Martin Zideck, maçon de Mahren, dans l'amphitéâtre pathologique de Krakau.

Il résulte de l'enquête judiciaire que cet homme, employé aux travaux de fortification de Krakau, avait été pris subitement, à son domicile, dans la nuit du 3 décembre, de vomissements et de douleurs abdominales violentes, et que son état s'aggrava tellement que, le 5 décembre, il mourut sur le chemin de l'hôpital. Comme sa maladie faisait naître l'idée d'un empoisonnement, on ordonna de pratiquer l'autopsie judiciaire.

.
Cavité abdominale : elle contenait environ 5 litres de *sérum*

rouge sombre, mêlé de sang. Foie gros, gras, brun pâle, anémié. La vésicule contenait une faible quantité de bile fluide et jaune. Rate petite, friable, anémiée. Tout l'intestin grêle est tordu sur son axe de telle sorte que toutes les anses, à partir de la valvule cæcale, étaient disposées à l'intérieur d'un sac formé par le mésentère. Toute cette partie de l'intestin est dilatée par du gaz et un *sérum rouge brun*, et remplie par endroits par des cybales situées au niveau des plis de l'intestin. La muqueuse de l'intestin grêle, à partir de la valvule cæcale, est marquée par des injections étendues des vaisseaux, colorée en rouge brun et ramollie en beaucoup d'endroits. Le péritoine présente une coloration rosée due à l'injection des vaisseaux : il est recouvert d'un exsudat rougeâtre grasseux. Il est facile à détacher et à déchirer. Le gros intestin est rempli par endroits par des cybales dures, il est surtout dilaté au niveau de l'S romain, mais aussi dans le côlon transverse par des gaz et un liquide de couleur rouge brun. La muqueuse, à ce niveau, est grasseuse, de couleur rouge brun, facile à détacher et injectée par endroits. L'estomac est rétracté et rempli de gaz et d'un liquide présentant la coloration de la bile.

(Jonnesco, *Hernies internes rétro-péritonéales*,
p. 200, Paris, 1890).

OBSERVATION XXI (résumé)

R... V..., âgé de vingt-cinq ans, commis, fut pris brusquement, le 7 mai 1886, après son dîner, de douleurs épigastriques très vives. Il s'administra de l'huile de ricin, mais la vomit à 4 heures après midi. Il continua à souffrir jusqu'au 9, jour où se produisit une amélioration. Le soir du même jour, nouveaux symptômes plus graves d'étranglement intestinal.

Le 10, au soir, je le vis pour la première fois. Il avait la figure anxieuse, grippée. Le pouls était à 122, régulier, petit. Température axillaire 103 degrés Fahr. On ne put me montrer ses vomissements qu'on n'avait pas gardés. A ce moment, il n'éprouvait pas de douleur, mais disait avoir beaucoup souffert au niveau de

la région épigastrique. Abdomen normal, ombilic saillant et douloureux à la pression. Le malade avait eu une hernie ombilicale dans l'enfance. L'abdomen était sonore partout, *sauf dans les flancs*, la sonorité étant marquée surtout au niveau du côlon transverse. Pas de selles, depuis le 6, au matin.

On lui administre alors, deux lavements savonneux, dont le second amène deux cybales au milieu d'une selle diarrhéique. Vomissements fécaloïdes.

Ayant été appelé de nouveau à 3 heures du matin, je le trouvai dans un état plus grave. Il était très agité, les mains et les pieds refroidis, le pouls filiforme.

Il n'y avait pas de perte de connaissance. Trois piqûres de morphine le calmèrent. Il mourut à 7 heures, après cinq jours et dix-sept heures de maladie.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on constata un peu de péritonite, avec un épanchement de lymphes et de *sérum sanguinolent* entre les anses intestinales. L'intestin était libre, l'épiploon rétracté au milieu des intestins, présentait, à gauche, de la congestion modérée. L'intestin grêle, à une distance de 2 pieds de son abouchement avec le cæcum était incarcéré dans l'hiatus de Winslow, d'où on ne put le retirer que difficilement. Cette portion de l'intestin et son mésentère étaient fortement congestionnées. A l'insertion du mésentère et de l'intestin, il y avait trois ou quatre plaques de sphacèle, mais pas de perforation. Quand l'intestin eut été retiré, l'entrée de l'hiatus pouvait admettre deux doigts.

(Elliot-Square, Plymouth. *British medical Journal*.

Résumé, traduit de l'anglais, page 1163, 19 juin 1886).

Deux observations seulement (obs. XIV et XXI), dans ce groupe, font mention de la matité. Même, la XIV^e observation ne fait que signaler une diminution de sonorité du côté droit. Plusieurs d'entre elles sont très brèves au sujet de la description des symptômes. Elles s'attachent

plutôt à la description de l'intervention chirurgicale ou de l'autopsie.

Le liquide intra-péritonéal est hématique dans tous les cas, sauf un seul. Dans celui-ci, de Terrier, il est question de liquide séreux. L'observation XII indique un commencement de péritonite. Nous n'hésitons pas à la citer, car ne peut-on pas admettre que la péritonite se déclare à la suite de l'irritation provoquée par l'épanchement séro-sanguinolent ? De même, pour l'observation XX, il paraît y avoir des traces de péritonite, puisqu'il est parlé d'injection des vaisseaux du péritoine qui est recouvert d'exsudats.

Dans cette dernière observation, ainsi que dans les observations XIII et XVII, on note du liquide plus ou moins hématique à l'intérieur de l'intestin.

De la comparaison de tous ces cas, nous tirerons les conclusions suivantes : un épanchement sanguin accompagne habituellement l'occlusion par étranglement. Il est presque toujours hématique. Il se rencontre à la fois dans le péritoine et dans la cavité de l'intestin. Son abondance peut être suffisante pour donner lieu à de la matité ou submatité dans les portions déclives de l'abdomen.

On rencontre, il est vrai, des observations ne relatant ni épanchement sanguinolent, ni péritonite. Dans plus d'un cas, l'observateur peut avoir laissé passer inaperçu le liquide. Que cherche-t-on, avant tout, la plupart du temps, sinon la cause de l'étranglement ? Dans une laparotomie, le but n'est-il pas de lever l'obstacle le plus tôt possible ? Nous verrons, d'autre part, en étudiant la pathogénie, comment on peut encore expliquer l'absence de sérosité péritonéale ou intra-intestinale.

CHAPITRE III

Pathogénie de l'épanchement

Il reste à se demander d'où provient l'épanchement étudié dans le chapitre précédent.

Une explication toute naturelle se présente : la stase due à l'étranglement. Une anse étant isolée du reste de l'intestin, qu'est-ce qui se passe-t-il ? Les artères ne sont pas complètement oblitérées par la constriction, tandis que les veines le sont déjà. Le sang continue à affluer, et s'accumule, puisque la voie de retour est supprimée. Cette explication, toute banale qu'elle est, suffit pour rendre compte des faits. Si la constriction est suffisante pour oblitérer veines et artères, plus de circulation, les parties se gangrènent. Tout ce mécanisme est trop connu, pour qu'on ait à y insister. Nous ferons seulement quelques remarques qui s'accordent bien avec l'explication précédente.

Il semble y avoir un rapport entre le degré de constriction et l'abondance de l'épanchement, ainsi que l'intensité de sa coloration. Les brides, par exemple, agissent en prenant l'intestin entre elles et un autre organe, intes-

tin, utérus, paroi abdominale, etc. Elles passent comme un pont sur la portion étranglée. En réalité, on a, d'un côté, constriction, de l'autre, compression. La circulation n'est que partiellement interrompue. Il faut s'attendre en pareil cas, à un épanchement souvent peu considérable, et simplement séreux, ou tout au moins, peu coloré. Nos observations confirment cette manière de voir. La première paraît faire exception, mais en regardant de plus près, on s'aperçoit qu'il y a deux causes d'étranglement : bride et torsion. Qu'y a-t-il d'étonnant, alors à ce qu'on ait un épanchement considérable ?

Les diverticules intestinaux peuvent se comporter comme les brides, quand ils n'ont pas d'extrémité libre. Le liquide s'épanche, alors en moindre quantité. L'observation VII rapporte un fait de ce genre. Dans les autres le diverticule forme des nœuds plus ou moins compliqués, produisant un étranglement circulaire. La transsudation est alors abondante et très colorée.

On peut en dire autant des orifices qui causent les hernies intra-abdominales. Les anses ne manquent pas de présenter une congestion très prononcée.

Un autre facteur, outre le degré de striction, intervient pour faire varier la quantité d'épanchement. C'est la longueur d'intestin comprise dans l'étranglement. A constriction égale, on doit s'attendre à trouver un épanchement d'autant plus considérable que l'anse sera plus longue. Nos observations donnent une vérification de cette proportionnalité entre le volume du liquide et la longueur de l'anse : Les observations III, VIII, IX, X, XVII mettent assez bien en relief le fait en question. Dans certaines, il y a plusieurs anses étranglées simultanément, dans un nœud

diverticulaire (VIII, IX, X). On verra, plus loin, une vérification expérimentale de ce point.

Quelquefois, au lieu d'une transsudation, une véritable hémorragie se déclare grâce à la rupture d'un vaisseau dilaté au maximum. Nous avons trouvé dans les *Archives générales de médecine* une observation d'étranglement par diverticule, où figure une hémorragie intra-abdominale. Le sang provenait d'un vaisseau du mésentère de la portion étranglée. Ce dernier était gorgé de sang. Voici cette observation :

OBSERVATION XXII

Observation d'étranglement interne produit par un diverticule de l'intestin grêle; par le Dr G. Tinniswood. — Un enfant de six ans et demi, se coucha le dimanche soir bien portant; vers 9 heures, il prit un peu de thé. A 2 heures du matin, sa mère le trouva en proie à une vive agitation, et se plaignant de douleurs de ventre. Bientôt, il survint des vomissements, et son état s'aggrava. Il n'avait pas d'excrétions alvines ou urinaires. On lui administra de l'huile de ricin et de la décoction de séné, mais tout cela inutilement, car il les rendit aussitôt, et depuis cette époque, il ne put garder dans son estomac aucun liquide. Sa mère racontait qu'il avait été à la garde-robe la veille, et que ses selles avaient été liquides pendant toute la semaine dernière. L'aspect de cet enfant exprimait une anxiété très vive, il se plaignait de douleurs très fortes dans le ventre; les jambes étaient rapprochées de l'abdomen, gonflé et ballonné; le pouls était petit et faible. L'enfant accusait de la céphalalgie, et rapportait qu'il avait reçu un coup de poing sur la tête le dimanche. Délire de temps en temps. Il mourut le mardi. Une enquête fut faite le lendemain, et l'on apprit que cet enfant avait été frappé par un autre enfant qui avait le double de son âge, qu'il était tombé, à la suite de ce coup, et qu'il

s'était plaint pendant quelque temps, de ne pouvoir marcher. En conséquence, l'autopsie fut pratiquée par ordre du coroner.

Le corps était un peu maigre, mais ne présentait aucune trace de contusion; l'abdomen était tuméfié et d'une couleur livide foncée, en particulier du côté droit et au-dessus du pubis; cette coloration s'étendait, dans l'étendue de 2 pouces, à la partie antérieure des cuisses. Les muscles droits de l'abdomen et le tissu cellulaire sous-péritonéal étaient gorgés de sang; le péritoine présentait une coloration brunâtre vers la région iliaque droite; la cavité péritonéale renfermait environ 12 onces de sang en partie coagulé. Le grand épiploon qui était réuni au feuillet pariétal du péritoine par des adhérences récentes, laissait à découvert les petits intestins. Environ 26 pouces de l'intestin étaient entièrement noirs et gangrenés, et dans l'étendue de 10 pouces, cet intestin était étranglé par une bride formée par un diverticule de l'iléon. Ce diverticule naissait de l'iléon à 23 pouces environ du cæcum, passait à travers une portion du mésentère, et se terminait en forme de ruban arrondi qui passait au-dessous d'un autre feuillet du péritoine pour aller adhérer à une autre portion de l'intestin.

L'espèce de poche qui embrassait ainsi l'intestin pouvait avoir environ 3 pouces de long. Dans l'étendue de 3 pouces au-dessus de l'étranglement et inférieurement jusqu'au niveau du cæcum, l'iléon était complètement gangrené. La valvule iléo cæcale elle-même et une partie du cæcum étaient comprises dans cette mortification, ainsi que l'appendice vermiculaire, qui était maintenu inférieurement par des adhérences récentes. Le mésentère qui aboutissait à toutes ces parties était gorgé de sang, et présentait dans un point un caillot fibrineux, du volume d'une aveline au-dessous duquel se trouvait une petite ouverture correspondant à un vaisseau, par laquelle s'était faite très probablement l'hémorragie intra-péritonéale. La portion d'intestin étranglée se déchirait avec la plus grande facilité et fournissait alors un liquide rougeâtre, épais, mélangée de sang et de mucus intestinal. Au reste, à l'exception de la portion de l'intestin étranglée, tout le reste du tube intestinal était dans l'état normal.

(Archives générales de médecine, t. VII, p. 363, 1845).

Dans plusieurs observations, on voit du liquide hématique épanché dans l'intestin même. Ce fait est tout naturel. La paroi intestinale est gorgée de sang. Il y a autant de raison pour que la transsudation se fasse au dedans que pour qu'elle se fasse au dehors. Le trop plein des vaisseaux se fait jour des deux côtés.

Du reste, on ne peut méconnaître l'analogie de ces faits avec ce qui se passe dans la hernie étranglée. Celle-ci est en réalité, un cas particulier de l'occlusion intestinale par étranglement. A cet égard, Franz Kœnig¹ s'exprime en ces termes :

« L'étranglement interne offre beaucoup d'analogies avec la hernie étranglée. Une anse intestinale privée de ses communications avec les parties supérieure et inférieure du tube intestinal subit des troubles de nutrition considérables, grâce à la compression plus ou moins complète des vaisseaux mésentériques au niveau de l'étranglement. Dans l'anse étranglée s'accumulent des gaz et du liquide. En même temps, les parois intestinales s'épaississent par stase veineuse. La séreuse prend une coloration rouge sale, bleuâtre, rouge foncé. La muqueuse se gonfle également, et devient le siège d'infiltrations hémorragiques et d'ulcérations. »

A l'ouverture du sac d'une hernie étranglée, on voit s'écouler, en général, un liquide séro-sanguinolent. Nélaton mentionne ce cas comme une chose habituelle, Gosselin aussi. Tous les auteurs décrivent le contenu du sac comme de la sérosité jaunâtre ou sanguinolente. Quelquefois le sac ne contient aucun liquide, la hernie est dite sèche.

¹ Kœnig, *Traité de pathol. chirurg.*, t. II, p. 301, Paris, 1889.

A quoi attribuer cet épanchement du sac herniaire, sinon à la congestion de la masse herniée et à une transsudation consécutive ? Pour l'étranglement interne, il en sera de même. Que les voies de retour ne soient pas tout à fait oblitérées, et l'épanchement du sac herniaire sera simplement séreux, les globules rouges demandant une pression considérable pour s'extravaser. Il pourra même ne se produire aucune transsudation. Tous ces stades nous ont été présentés par l'étranglement interne. Dans l'observation IV, on signale un épanchement ascitique. Au cours de nos recherches, nous avons trouvé un certain nombre de cas, où les auteurs, à tort ou à raison, ne faisaient mention d'aucun épanchement.

Dans les hernies étranglées, il est également possible d'observer des hémorragies du mésentère. De véritables hématomes du mésentère peuvent prendre naissance, si le sang fait irruption entre les deux lames péritonéales, et ces masses sanguines gênent plus ou moins la réduction de la hernie suivant leur volume, M. Gangolphe a eu l'occasion d'observer des faits de ce genre.

Pour bien montrer l'identité de la cause amenant l'épanchement dans chaque cas, nous citerons, en la résument, une observation très remarquable consignée dans la thèse de Roy (page 20, Paris 1877) :

Il s'agit d'un vieillard de soixante-seize ans qui était depuis six ans à Bicêtre, pour oschéocèle gauche volumineuse, varices et sénilité.

Ayant été pris, six jours auparavant, d'une toux presque incessante, il entra à l'infirmerie le 20 janvier 1875. A ce moment, signes d'emphysème pulmonaire, avec expectoration glaireuse abondante.

La hernie, grosse habituellement, comme une tête de fœtus, double de volume, dans les efforts de toux. — Traitement : purgatifs, potion au kermès.

Le 29 janvier, l'état s'aggrava; dyspnée considérable. La hernie augmente de volume, devient tendue, douloureuse, et l'on éprouve de grandes difficultés à faire rentrer quelques anses d'intestin dans l'abdomen.

Refroidissement des extrémités, cyanose généralisée, pouls filiforme. — On met de la glace sur la tumeur. Lavements émollients.

Le lendemain, état plus grave encore. Pas de selles depuis l'avant-veille. La hernie est très douloureuse, le ventre ballonné, douloureux à la pression. Le taxis ne produit aucun résultat; on diagnostique un étranglement intestinal.

Le malade meurt subitement à 11 heures du matin.

Autopsie. — Une incision sur le scrotum découvre des anses intestinales, nombreuses, congestionnées, légèrement météorisées. Un peu de *sérosité sanguinolente* est épanchée dans le sac, au voisinage de l'anneau. On prolonge l'incision pour ouvrir la cavité abdominale. Celle-ci apparaît presque vide. Elle contient le gros intestin et deux anses d'intestin grêle, plus le duodénum. L'une des anses est étranglée dans l'anneau inguinal. Ses deux bouts sont à cheval sur un éperon, ou plutôt sur un repli fibreux, falci-forme, à concavité tournée en haut et en dedans, se confondant avec la partie correspondante de l'arcade de Fallope. Un *véritable épanchement sanguin* se rencontre au pourtour de l'anse étranglée. Celle-ci est presque complètement noire, gonflée de gaz. Elle contient un *liquide noir et sanguinolent*. Pas de perforation. Cette anse semble s'être herniée secondairement dans l'abdomen.

Comme l'on voit, tout est réuni, étranglement interne et étranglement herniaire. L'anse étranglée du côté de l'abdomen paraît avoir subi une striction très énergique du fait du repli fibreux sur lequel elle s'appuyait. Au contraire, les anses qui formaient la tumeur herniaire ne

devaient être que modérément serrées dans l'anneau inguinal. Elles avaient donné seulement un peu d'épanchement, et étaient légèrement météorisées. Il paraît probable qu'elles ne contenaient pas de liquide sanguinolent, bien qu'on ne le dise pas. En tout cas, la même cause a produit les deux étranglements.

S'il est bien vrai que l'épanchement sanguinolent tire son origine de la stase, une constriction circulaire de l'intestin, laquelle n'entraîne pas de gêne circulatoire, ne devra rien produire. Un obstacle qui serrera l'intestin suivant sa circonférence pourra le sectionner, mais, cela, sans amener congestion, ni épanchement. Ce serait là une explication des cas où un étranglement interne aurait lieu sans épanchement péritonéal. Hâtons-nous de dire que ce mode d'étranglement circulaire de l'intestin, analogue, en somme, à une ligature, nous paraît devoir être chose bien rare. Nous n'en avons pas trouvé d'observation. Pour étudier ce cas particulier, nous avons eu recours à l'expérimentation.

Il était bon de vérifier aussi les autres résultats fournis par l'observation. A cet effet, nous avons exécuté des expériences sur des chiens.

Avec M. Gangolphe, nous avons produit une occlusion par étranglement chez trois chiens. Chez les deux premiers, on a réalisé un étranglement interne avec un anneau de caoutchouc enserrant le pédicule d'une anse. La striction, très forte chez l'un, l'était beaucoup moins chez l'autre. Chez le troisième, on a seulement fait une ligature de l'intestin avec un fil de soie.

Première expérience

19 décembre. — On choisit un chien de petite taille, du poids de 5 kilogrammes environ. Après anesthésie avec morphine et chloroforme, on rase soigneusement la peau du ventre, puis on la lave avec de l'eau phéniquée.

Une incision de 8 centimètres est alors pratiquée sur la ligne médiane. On attire une anse intestinale mesurant 25 centimètres environ, et on l'étrangle dans un anneau de caoutchouc de 1 centimètre de diamètre intérieur. Tout cela, avec des précautions antiseptiques.

Après réduction de l'anse étranglée la plaie est refermée avec deux plans de sutures, les sutures cutanées étant faites avec du fil métallique. Pansement avec gaze et collodion iodoformés.

20 décembre. — Le chien, qui a été revu vivant dans la soirée d'hier, est trouvé mort, le matin.

Autopsie le même jour. Les sutures ont bien tenu.

On ouvre l'abdomen en prolongeant la plaie opératoire, ce qui donne issue à une certaine quantité de *sérosité sanguinolente*, sans caillots. La quantité totale de sérosité mesurée à la fin de l'autopsie monte à 100 centimètres cubes environ. Pas de modifications du péritoine.

Des anses très congestionnées font hernie au travers de l'incision. Elles sont très volumineuses, colorées en rouge brun très foncé ; on n'y remarque aucun signe d'inflammation. Pas d'adhérences.

Leur mésentère, très congestionné, a la même couleur, ses vaisseaux sont très dilatés.

Au niveau de l'anneau constricteur, on constate un sillon très net, à partir duquel la teinte rouge sombre fait place à la teinte normale de l'intestin. Au-dessus de l'étranglement, l'intestin grêle est dilaté, mais non congestionné. Son volume dépasse celui du gros intestin qui est revenu sur lui même. Mésentère normal.

Après avoir placé une ligature au cardia et une au rectum, on enlève tout le tube digestif, pour l'examiner.

L'estomac dilaté contient un liquide brunâtre très abondant. Ce liquide se retrouve aussi dans l'intestin grêle qui ne contient pas de matières fécales. Rien d'autre à signaler de ce côté.

L'anse étranglée est longue de 85 centimètres environ. Son volume est le double de celui de l'intestin grêle dilaté. Elle renferme un liquide poisseux de couleur foncée, constitué en grande partie par *du sang*, sans caillots, et dont la quantité est évaluée à 120 centimètres cubes. La muqueuse est congestionnée et œdématisée. L'anse en question est située à 60 centimètres du pylore et à 1 mètre du cæcum.

Le gros intestin est vide et n'offre rien à noter.

Interprétation et discussion. — Nous avons obtenu un épanchement au dedans et au dehors de l'intestin. La mort rapide du chien, probablement favorisée par le froid de la nuit, écarte toute idée de péritonite. Nous avons, d'ailleurs, insisté sur l'intégrité de la séreuse péritonéale.

L'allongement apparent de l'anse étranglée est un fait digne de remarque. En comptant largement, l'anse mesurait, primitivement, 25 centimètres, au plus. Après l'expérience, elle en atteignait 85. Deux causes peuvent être invoquées : les mouvements spasmodiques provoqués dans l'intestin par l'anneau constricteur. En second lieu, une action toute mécanique résultant de l'amplication de l'intestin par l'épanchement qui tendait, sans cesse, à attirer de nouvelles portions d'anse dans l'anneau. Ajoutons à ces deux causes l'extensibilité de l'anneau qui était arrondi, toutes conditions propres à faciliter son déplacement.

Deuxième expérience

23 décembre. — Un chien de 6 kilogrammes est anesthésié. Après toilette et désinfection de la paroi abdominale, on pratique, comme précédemment une laparotomie médiane. Une anse d'intestin grêle ayant été attirée au dehors, on l'étrangle dans un anneau de caoutchouc aseptique. Cet anneau est découpé dans une rondelle de caoutchouc, sa forme est irrégulière et ses diamètres extrêmes sont 1 centimètre et 1 centimètre et demi.

L'étranglement est peu serré.

On remet tout en place, et on suture la plaie suivant les procédés ordinaires.

24 décembre. — L'opération a été bien supportée. Le chien ne paraît pas souffrir extrêmement. Il peut se tenir sur ses pattes et marcher. Il est soumis à la diète.

25 décembre. — Même état.

26 décembre. — Il paraît plus abattu. Le ventre est distendu, douloureux à la pression.

On endort le chien, puis on ouvre la plaie abdominale. Les sutures ont bien tenu. Il y a un peu de suppuration au niveau des fils de catgut. Dès que le péritoine est ouvert, on y introduit le doigt, pour rechercher l'étranglement, manœuvre qui fait sourdre un peu de liquide *séro-sanguinolent*. On amène un certain nombre d'anses distendues peu congestionnées, et nullement enflammées. Le péritoine paraît sain. L'anse étranglée est retrouvée. Elle présente quelques fausses membranes en voie de formation. Elle est assez congestionnée.

Le chien meurt à ce moment, du fait d'une trop forte dose de chloroforme. On en profite pour faire l'autopsie complète.

Le péritoine qui est sain, comme on a déjà dit, renferme une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Le bout inférieur de l'intestin est vide et resserré. L'anse étranglée est détachée. Au niveau de l'étranglement, se remarque un sillon assez profond, pas de sphacèle. Les parois sont épaissies. A l'intérieur on remarque

quelques ecchymoses sous-muqueuses, mais aucun liquide ne s'est extravasé. La longueur de cette anse est de 12 centimètres, elle appartient à l'intestin grêle.

Remarques. — Nous avons ici un étranglement peu serré, portant sur une anse assez courte : en conséquence, nous devons trouver peu d'épanchement. C'est ce que nous avons pu constater. L'épanchement péritonéal était, en somme, peu abondant. L'anse ne contenait aucun liquide. Notons, en passant, que l'anneau, qui n'était pas arrondi, a conservé la place où on l'avait mis.

Troisième expérience

23 décembre. — Un chien de petite taille subit, après anesthésie, une laparotomie, toujours dans les mêmes conditions. On étrangle l'intestin grêle à l'aide d'un fil de soie, qui fait le tour du tube intestinal, et l'enserme de façon à en oblitérer la lumière. On réalise ainsi une constriction annulaire par ligature de l'intestin, et non plus l'étranglement d'une anse.

La plaie abdominale est refermée par deux plans de sutures, les profondes au catgut, les superficielles avec du fil métallique.

24 décembre. — Le chien est dans un état d'abattement assez marqué. Il reste couché en rond.

25 décembre. — Pas de changement appréciable dans l'état de l'animal opéré.

26 décembre. — On ouvre la plaie. Les sutures au catgut ont donné un peu de pus. A l'ouverture de l'abdomen, aucun liquide ne s'échappe. On aperçoit des anses intestinales un peu congestionnées, distendues. Mésentère normal. Après quelques recherches, l'étranglement est trouvé. Quelques adhérences se sont formées au niveau de la ligature de l'intestin. Tout le reste du péritoine est sain. Le bout supérieur de l'intestin est dilaté, l'inférieur est aplati.

En explorant la cavité abdominale, on ne trouve aucun liquide épanché.

L'examen attentif de la ligature ayant montré que l'intestin est sur le point d'être sectionné, on abouche latéralement les deux bouts de l'intestin, par anastomose. La réunion est opérée avec le procédé de suture de Lambert. On referme ensuite la plaie abdominale.

Remarques. — Ici, nous n'avons pas de liquide, car rien n'est venu produire une stase sanguine. Le bout supérieur de l'intestin était bien un peu congestionné, mais, ceci résultait de la distension prolongée déterminée par l'accumulation des gaz. Du côté du mésentère, on ne trouvait aucune congestion.

Nous terminons là cette première série d'expériences, qui serviront de type à de nouvelles investigations dans le même sens. Toutefois, il nous paraît bien démontré qu'un épanchement séro-sanguinolent accompagne l'étranglement interne. Cet épanchement dépend du degré de constriction, de la quantité d'intestin étranglée. Sous le rapport de la quantité et de la coloration, il varie en passant par tous les degrés.

D'autres causes peuvent-elles déterminer le même phénomène ?

La péritonite s'accompagne d'un épanchement appréciable par la percussion. Même remarque pour les néoplasmes de toute sorte, la tuberculose. A chacun de ces cas fait suite un cortège symptomatique bien connu, et dont nous n'avons pas à nous occuper. La confusion ne nous semble pas possible, au moins dans la grande majorité des cas.

Donc, des phénomènes d'occlusion intestinale brusque-

ment survenus chez un individu bien portant, s'accompagnant de matité ou de submatité dans les parties déclives de l'abdomen, doivent faire pencher pour le diagnostic d'étranglement. On sera conduit à une intervention hâtive, et celle-ci sera absolument légitime, au même titre que la kélotomie. Il faut, comme dans la hernie étranglée, un diagnostic exact et précoce permettant une intervention non moins précoce. Le salut du malade est à ce prix, à cause du sphacèle de l'intestin qu'il faut craindre. La percussion de l'abdomen nous paraît devoir aider à faire ce diagnostic dans les conditions voulues.

En présence d'un malade chez lequel on soupçonne un étranglement interne, il faudra donc percuter très soigneusement l'abdomen. Alors, de deux choses l'une :

Dans un premier cas la matité est nette au niveau des parties déclives. Si, en même temps, le malade ne présente pas de symptômes de péritonite, on peut affirmer l'existence d'un étranglement ;

Dans un autre cas, au contraire, la matité n'existe pas, ou bien c'est une submatité légère. Des ponctions, pratiquées avec une aiguille très fine pourront aider à démontrer l'existence de l'épanchement. Celle-ci une fois vérifiée, il n'y aura plus qu'à faire la laparotomie sur le champ, sans hésitation.

Enfin, quand, en incisant l'abdomen pour une laparotomie, on verra sourdre la sérosité hématique, on sera sûr d'avoir affaire à un étranglement intestinal, dont l'agent devra, à tout prix, être trouvé. Pas de guérison spontanée à espérer, en pareil cas ; il faut arriver sur l'obstacle pour le supprimer. De la réussite de cette entreprise dépend la vie du malade.

CONCLUSIONS

I. Des observations cliniques et des expériences nous ont conduit à admettre, dans les cas d'étranglement interne par brides, diverticules et orifices intra-abdominaux, l'existence d'un épanchement séro-hématique, exceptionnellement séreux, dans le péritoine.

II. L'anse étranglée présente quelquefois, à l'intérieur, un piqueté hémorragique sous-muqueux, ou bien un épanchement de liquide très coloré, en grande partie formé par du sang.

III. L'épanchement intra-péritonéal n'est nullement le résultat d'une péritonite. La séreuse est tout à fait saine. Comme celui de l'intestin, il provient de l'anse étranglée qui est congestionnée.

IV. Cet épanchement peut être révélé à l'examen du malade, par de la matité ou de la submatité dans les parties

déclives de l'abdomen. En présence de ce signe uni à ceux de l'occlusion intestinale, on devra pratiquer au plus tôt la laparotomie, seul traitement logique de l'étranglement. Dans certains cas douteux, des ponctions exploratrices, pratiquées avec une fine aiguille, pourront assurer le diagnostic.

V. Au cours d'une laparotomie, la constatation du liquide sanguinolent sans péritonite indiquera un étranglement par bride, diverticule, ou orifice intra-abdominal.

VI. Ce sera une indication pressante, pour le chirurgien, de continuer avec persévérance les investigations souvent si laborieuses de la laparotomie exploratrice. Refermer le ventre avant d'avoir levé l'obstacle, c'est condamner le malade à une mort certaine.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TRIPPIER.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — I. Symptômes classiques de l'occlusion par étranglement.	9
CHAPITRE II. — Étude d'un nouveau signe d'étranglement interne.	18
CHAPITRE III. — Pathogénie de l'épanchement	55
CONCLUSIONS	69

